وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة تبسة
كلية الآداب واللغات و العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم علم الاجتماع





التنميـــــة والصحـــــة

قراءة سوسيولوجيـــة لوضعيـــة الصحة بمدينـــة تبسة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير تخصص علم اجتماع التنمية

إعداد الطالبة:
خديجة قفاف

إشراف الدكتور:
عبد الرزاق جلالي

لجنة المناقشة:

ا.د. جمال معتوق	أستاذ التعليم العالي	جامعة البليدة	رئيسا
ا.د. عبد الرزاق جلالي	أستاذ التعليم العالي	جامعة عنابة	مشرفا ومقررا
ا.د. عبد الحكيم بوهروم	أستاذ التعليم العالي	جامعة عنابة	عضوا مناقشا
ا.د. فضيل رتيمي	أستاذ التعليم العالي	جامعة البليدة	عضوا مناقشا

الدفعة الجامعية : 2012

شكر وتقدير

لا شك أن الزرع لا يستوي إلا إذا وجد رعاية وعناية , والغر لا يشتد عوده إلا إذا لقي مثل ذلك , وقد جاء في الأثر :

" لا يشكر الله من لا يشكر الناس"

فشكري وعرفاني لأستاذي الفاضل والقدير ***"عبد الرزاق جيلالي"*** الذي كرمني بقبوله العمل تحت إشرافه , فكان لجهده المتواصل وتوجيهاته القيمة تحت غطاء من الصبر والتواضع الفضل الكبير في انجاز هذا العمل , ولا يفوتني في هذا المقام أن أتوجه بخالص شكري وامتناني لأساتذتي الأفاضل الذين سهروا على تكويننا في مرحلة ما بعد التدرج بالرغم من التزاماتهم الكثيرة , فألف شكر أساتذتي الأجلاء .

في هذا المقام الرفيع لا يسعني إلا أن اخص بالذكر أستاذنا القدير ***"عبد الكريم بزاز"*** رحمه الله صاحب الالتزام الأخلاقي والعلم الغزير والمعرفة الرصينة ,وان غيبه الموت عنا فقد نحت فينا من بصماته وغرس فينا من المبادئ ما يجعل ذكراه بيننا حية لا تموت .

شكري موصول إلى كل زملائي في الدفعة تقديرا واحتراما على روح الأخوة والعمل الجماعي وكذا التواصل الفكري الراقي , والتميز في ذلك لأختي وزميلتي " **بشرى بغاغة**" عونا وسندا,بمرافقتها لي في كافة مراحل البحث .

شكري لمدراء ومسئولي وكذا عمال مختلف المؤسسات الصحية الذين مدوا لي يد العون لانجاز هذا العمل .

إلى كل من تركوا بصماتهم على صفحات هذا البحث

إليكم جميعا خالص شكر وتقديري

وما توفيقي إلا بالله

ملخص الدراسة :

إن الصحة مثلت ولا زالت تمثل احد الأبعاد الأساسية المكونة للمجتمع , على اعتبار أنها تشكل مظهرا من مظاهر الحياة الاجتماعية بالنسبة للأفراد والجماعات , وعليه أصبح ينظر للصحة على أنها جانب من الجوانب الرئيسية التي تتفاعل مع مكونات البناء الاجتماعي من خلال المشاركة في رسم معالم التغيير والتغير فيه , مما قد ينعكس على المنظومة المجتمعية ككل بشكل ايجابي أو سلبي.

أصبحت الصحة تمثل ابرز الأبعاد التي يقاس على أساسها تطور وتقدم المجتمعات لذلك فان السعي لمحاولة فهم واقع الصحة في مجتمعنا يعتبر ذا أهمية , خاصة في ظل الحركية التي تشهدها بلادنا على مستوى المنظومة الصحية , التي مرت على العديد من المراحل المختلفة في إصلاحها , إلا أن ذلك لا يعني بالضرورة سير كل تلك المجهودات المبذولة لتحسين ورفع المستوى الصحي في مجتمعنا نحو ما يمكن أن نلمسه اعتمادا على جملة المعطيات المتوفرة في الوقت الراهن .

إن مجرد إلقاء نظرة على واقع الصحة في مجتمعنا بالرجوع إلى المؤشرات التي يمكن لها أن تدلنا على بعض الحقائق ولو بصورة جزئية , قد يبين لنا جانبا من الخلل الذي أصاب الصحة في مجتمعنا , ولعل ذلك يندرج في نطاق غياب سياسة صحية واضحة ومحددة الأهداف , والقائمة أساسا على حلول ترقيعية وليس على معطيات واقعية من شانها المساهمة في تنمية المجتمع وتطويره في جميع المجالات ومنها النهوض بالمستوى الصحي للمجتمع والذي سيكون عاملا من العوامل الفاعلة في تحريك عجلة التنمية الشاملة .

Résumé :

La santé a toujours représenté la plus importante dimension de la composition sociale . tant qu' elle est une structure de la vie sociale soit pour les individus , soit pour les collectivités . et sur cette base la perspective sanitaire devient l'une des compositions essentielles dans la structure sociale , ce qui se reflète sur le système sociétal entier, positivement ou négativement à l'aide de la planification des repères de changement et de variation.

Aujourd'hui , la santé est devenue un dimension essentielle , qui sert à mesurer le progrès et l'évolution des sociétés . Pour cela , l'essai de comprendre l'état réel de la santé dans notre société est considéré substantiel surtout envers le dynamisme vécu au niveau du système sanitaire, qui a connu plusieurs étapes réformistes . Ce qui ne signifie pas nécessairement , que tous ces efforts sont fournis pour l'amélioration du niveau sanitaire dans notre société . Ce qu'on peut apprécier les données disponibles actuellement.

Une simple observation sur l'actualité sanitaire à l'aide de quelques indices montre des dysfonctions évidentes du système qui reviennent à l'absence d'une politique objective , basée sur des solutions aléatoires, et non concrètes à même de permettre un développement adéquat dans tous les domaines.

فهرس المحتويات

- ملخص الدراسة 1

- المقدمة 3

الفصل الأول : الإشكالية والمعالجة المنهجية

1- الإشكالية 6

2- المعالجة المنهجيـــة 13

2-1 المنهج والتقنيــات 13

2-2 مجال الدراســـة 14

2-3 عينـــة البحــث 15

الفصل الثانـي : التنمية البشرية والصحة

1- من النمو إلى التنمية البشرية 18

1-1 التنمية الاقتصاديـة 18

1-2 التنمية الشامـلـة 20

1-3 التنمية المستديمـة 20

1-4 التنمية البشـريـة 24

2- أبعاد التنمية البشريـــة... 28

2-1 المعرفة والتعليـم 28

2-2 المستوى المعيشــي 30

2-3 الصحـــــة... 31

3- الصحة وقياس التنمية البشريــة 32

1-3 مؤشرات قياس الصحــة 32

2-3 حالة التنمية البشرية في العالم 35

الفصل الثالث : مقاربة سوسيولوجية للصحة والمرض

1- الحقل المعرفي لسوسيولوجيا الصحة 41

1-1 إسهامات علم الاجتماع في دراسة الصحة والمرض 41

2-1 الدراسات الانثربولوجية الطبية للصحة والمرض 47

2- المحددات الثقافية والاجتماعية للصحة والمـرض 48

1-2 التصورات المرتبطة بالصحــة والمـــرض 49

2-2 الأنماط الثقافية والاجتماعية وتأثيرها على الصحة 51

3- المتغيرات السوسيوثقافية وعلاقتها بالصحة والمرض 52

1-3 الأســــرة 53

2-3 الطبقة الاجتماعية 55

الفصل الرابع : السياسة التنموية والنظام الصحي في الجزائر

1- التجربة التنموية في الجزائــر 60

1-1 مسارات التنمية والتحول الاجتماعي 60

2-1 التنمية في ظل المتغيرات الراهنــة 63

2- السياسة الصحية في الجزائر 65

2-1 مراحل تطور المنظومة الصحية في الجزائر 66

2-2 اصطلاحات المنظومة الصحية 69

2-3 واقع الصحة في الجزائــر... 72

الفصل الخامس : واقع الصحة والمرض في مدينة " تبسة "

1- الصحة وظروف المعيشــة... 78

1-1 التركيبة الاجتماعية 78

1-2 التغذية والدخــل... 82

2- واقع المرض في مدينة "تبسة".. 87

2-1 الأمراض وطبيعتهــا.. 88

2-2 الأمراض بين العوامل والمسببات...................................... 96

الفصل السادس : الصحة في" تبسة" بين الواقع والمأمول

1- مونوغرافيا الصحة في مدينة " تبســة " 113

1-1 الإمكانات البشرية 113

1-2 الإمكانات المادية 119

2- الصحة في " تبسة " بين المآخذ والتطلعات 121

الخاتمة 132

المراجع 136

الملاحق 145

فهرس الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	العلاقة بين نوع الأسرة و مدا خيلها وعدد العاملين فيها .	79
02	العلاقة بين الدخل و نمط المواد الغذائية المستهلكة .	83
03	العلاقة بين الدخل والشروط الاستهلاكية .	84
04	العلاقة بين الأمراض المنتشرة في مدينة "تبسة" ورفع تقارير للهيئات المسئولة عنها من طرف الأطباء .	93
05	العلاقة بين إجراء الأطباء لأبحاث حول أمراض معينة ورفع تقارير للهيئات المسئولة عن الصحة في مدينة "تبسة".	95
06	وجود فكرة عن الأمراض المنتشرة وأسباب انتشارها حسب المواطنين المبحوثين .	97
07	الاهتمام بالصحة واتخاذ تدابير للمحافظة عليها .	102
08	العلاقة بين الاهتمام بالصحة وإمكانية التعرض للأمراض .	103
09	غياب الوعي الصحي في ظل عدم الأخذ بنصائح الأطباء.	104
10	العلاقة بين الأمراض المنتشرة والعوامل المسببة لها حسب الأطباء المبحوثين .	108
11	نقائص الصحة ومستواها في مدينة "تبسة" .	121
12	نظرة المبحوثين للخدمات المقدمة على مستوى مختلف المؤسسات الصحية مقابل التوجه إلى مؤسسات الصحة العمومية.	123
13	العلاقة بين وجود نقائص في الصحة مع تقييم المبحوثين لمستوى الخدمات المقدمة .	124
14	الأحياء المتوفرة على مرافق صحية .	129

فهرس الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	الأمراض الأكثر انتشارا حسب الحالات المسجلة خلال 2009 .	89
02	تطور الحالات المرضية المسجلة خلال الخمس سنوات الأخيرة .	91
03	معوقات الاهتمام بالصحة .	99
04	إمكانية شرح المرض والعوامل المسببة له .	105
05	مسببات المرض حسب المبحوثين .	106
06	العوامل والظروف المسببة للمرض حسب الأطباء المبحوثين .	109
07	توزيع الأطباء حسب عددهم في كل تخصص .	114
08	توزيع الأطباء الأخصائيين وتمركزهم على مستوى أحياء مدينة " تبسة ".	116
09	توزيع الأطباء العامين وتمركزهم على مستوى أحياء مدينة " تبسة " .	116
10	توزيع الصيادلة وتمركزهم على مستوى أحياء مدينة " تبسة " .	118
11	توزيع الأطباء على مؤسسات الصحة العمومية .	119
12	توزيع مختلف مؤسسات الصحة العمومية .	120

المقدمة :

نعيش اليوم في عالم تتسارع فيه الأحداث , وتتداخل فيه العديد من المتغيرات الناتجة أساسا عن الحراك الكبير الذي تعرفه المجتمعات الإنسانية على جميع المستويات , من خلال التطور الحاصل في البناء الاجتماعي في حد ذاته وما صاحبه من ازدياد في متطلبات الحياة وكذا تنوعها , مما أدى إلى تغير نمط الحياة والمعيشة واختلاف مظاهر ذلك من مجتمع إلى آخر.

تتسابق دول العالم اليوم في خضم كل هذه المتغيرات من اجل الوصول بمجتمعاتها إلى أرقى مراتب التقدم , وذلك من خلال الإجابة على جملة من التحديات التي ترتبط مباشرة بتحقيق مستويات عيش كريم لكل أفراد المجتمع . من بين هذه التحديات ما يتعلق بجانب الصحة التي أصبحت من المواضيع الأساسية في المجتمع , لما يرتبط بها من عدة اعتبارات تخص اهتمامات وانشغالات الحياة الاجتماعية . هذا ما نلحظه حتى في حواراتنا اليومية وحديثنا على الصحة , نظرا لارتباطها بكل نشاطاتنا لما تمثله من عنصر حيوي في المجتمع . إن الصحة تمثل بنية اجتماعية لا يمكن عزلها أو فهمها في نطاق ضيق ينحصر فقط على البعد الطبي والبيولوجي , ذلك ما حاولت الدراسات السوسيولوجية إبرازه وتوضيحه من خلال التأكيد على ضرورة التركيز على الصحة ودراستها من مختلف الأبعاد والجوانب سواء كانت اجتماعية أو ثقافية أو اقتصادية إضافة إلى الجانب الطبي , مما قد يمكننا من وضع صورة متكاملة عن الصحة لفهمها في سياق جملة من المحددات المتصلة بها . خاصة لما تمثله من مجال حيوي في أي مجتمع.

قد تمثل الصحة عاملا من عوامل التقدم والتطور بالنسبة لمجتمعات معينة , وتكون عكس ذلك بالنسبة لمجتمعات أخرى , وذلك يعتمد على عدة معطيات ولعل أهمها هو

ضرورة الانتباه إلى أهمية الصحة في المجتمع , و المرتكزات التي تقوم عليها خاصة المنظومة الصحية وفقا للفلسفة التي تعمل في إطارها , لذلك قد نجد أن مستوى الصحة

في المجتمعات النامية مازال متأخرا مقارنة بالمجتمعات المتطورة , ذلك بالرغم من المجهودات التي تبذلها الدول في هذا المجال , خاصة ما تعلق منها بمحاولة زيادة الإنفاق على الصحة وتقليص النقائص التي تخص هذا القطاع , إلا أن ذلك لا يعتبر كافيا مقارنة بما يجب أن يكون عليه , حيث نلاحظ عدم ارتياح مختلف الشرائح الاجتماعية من الوضع الصحي في مجتمعنا , وابلغ دليل على ذلك الاحتجاجات التي قام بها مختلف الفاعلين في مجال الصحة من أطباء ومستخدمي هذا القطاع , نظرا لعدة أسباب تتعلق خاصة بعدم فعالية المنظومة الصحية في المجتمع والمشاكل المتراكمة حتى وصفت بالمريضة .

1- الإشكالية

شغلت قضية التنمية مساحة واسعة من الاهتمام على الصعيدين الأكاديمي والسياسي منذ نهاية الحرب العالمية الثانية إلى غاية اليوم . حيث يعتبر موضوع التنمية من المواضيع الهامة التي تطرح الكثير من التساؤلات ذات الصلة بطبيعة المفهوم في حد ذاته , والظروف التاريخية التي ظهر وتطور في ظلها , وذلك على اعتبار أن التنمية عملية ضرورية تتعلق بحراك المجتمع باتجاه تحقيق التقدم و الرفاه.

ارتبط مفهوم التنمية في بدايات ظهوره بعد نهاية الحرب العالمية الثانية بفكرة النمو الاقتصادي حيث اقتصرت التنمية في هذه المرحلة على مؤشرات كمية لقياسها , فغالبا ما كانت درجات الانجاز تقاس بدلالة متغيرات مالية ونقدية محضة ، لان أي تحول أو حراك على مستوى البناء الاجتماعي كان يقرا بدلالة المتغير الاقتصادي بصفة رئيسية.

مع مرور الوقت كشفت الدراسات التي تناولت موضوع التنمية بأنها عملية شمولية ولم تعد مطروحة في بعدها الاقتصادي فقط . من هنا جاء التفكير في ضرورة إعادة النظر في مفهوم ومرتكزات التنمية ، وعلى ضوء كل هذه المعطيات عرف مفهوم التنمية تطورا ملحوظا من خلال تفاعله مع التحولات الحاصلة في الفكر الاقتصادي والاجتماعي والاهتمام بالجوانب المتعددة المكونة للفعل التنموي . حيث ظهرت مفاهيم جديدة ارتبطت بالتنمية منها التنمية الشاملة والمستديمة والتنمية البشرية ...وغيرها من المفاهيم التي جسدت نظرة مختلفة لحقيقة التنمية , وأهميتها في بناء المجتمع من خلال التركيز على إحداث توازن بين مختلف الأنساق الفرعية المشكلة للنسق الكلي .

من هنا بدا الحديث عن أهمية العنصر البشري ودوره في العملية التنموية باعتباره غاية التنمية الأول ووسيلتها في تحقيق التقدم والتطور المنشود لكل المجتمعات . فالإنسان هو محور كل تنمية ، وتنمية الإنسان بالطبع هي عملية مستديمة لم تعرف

التوقف منذ وجوده على هذه المعمورة وهي الحقيقة التي لا يجب إغفالها عند الحديث عن قضايا التنمية في جميع جوانبها وأبعادها ، وبهذا توسع مفهوم التنمية الذي كان يقتصر في البداية على كمية ما يحصل عليه الفرد من سلع وخدمات مادية فقط لتشمل غايات وأهداف أخرى إضافة إلى الأهداف المرتبطة أساسا بعملية النمو وليس التنمية الحقيقية التي يعتبر الإنسان المحرك الأول لها لأنها لا تتم إلا به ولا توجه إلا إليه.

نظرا لأننا نعيش اليوم في عالم تتسارع فيه الأحداث وتكثر فيه المتغيرات التي تمس مجمل نواحي الحياة بالنسبة للفرد والمجتمع ، وجب علينا التطرق لحاجة الإنسان حقا من التنمية في إطار كل هذه المفارقات . فنحن اليوم نتحدث في ظل جملة من المتغيرات أهمها على الإطلاق موقع الإنسان من التنمية ، وما يمكن أن يقدمه لتحريك ودفع عجلة التقدم والتطور المستدام ، لكن في أية ظروف يمكن أن يتحقق كل ذلك؟ خاصة أن تحقيق الانتقال الكمي والنوعي للمجتمع من حالة غير مرغوبة إلى حالة مرغوبة ، لا يمكن بلوغه بأفراد يعانون من سوء التغذية أو الفقر أو يفتقرون إلى المعرفة أو يعانون من أمراض فتاكة .

أصبح الإنسان اليوم المسئول الأول والأخير عن أداء التنمية , وتماشيا مع ذلك أضحى مقصد التنمية هو توفير حياة أفضل للإنسان من خلال تنمية مكوناته الثقافية

والتعليمية والفكرية والصحية ...وغيرها ، فالإنسان الجائع والجاهل والعاطل والمقهور أو المريض لا يمكن أن يكون قادرا على صنع التنمية وهو فاقد لأدنى مقومات الحياة . من هذا المنطلق يمكن القول أن الوصول إلى مستوى حياة أفضل وإنساني بالدرجة الأولى هو هدف حقيقي لكل الأنشطة الإنسانية ، وهذا ما يبرر التركيز على الإنسان كمحور فاعل في التنمية البشرية المستديمة . و ما يعكس ضرورة الاهتمام بالإنسان لجوهره من خلال العمل على تحسين ظروف معيشته (مسكن ، ملبس, مأكل تعليم وصحة) ، هذه الأخيرة التي تمثل نسقا وظيفيا في البناء الاجتماعي واحد

الأقطاب الأساسية للتقدم والتطور ، حيث أصبحت تمثل اليوم احد أهم المقاييس

والمؤشرات الدالة على درجة تقدم أي مجتمع ، باعتبارها مخرجا من مخرجات التنمية الشاملة والمستديمة ، التي نجد أن من أهم متطلباتها الوظيفية خلق التوازن بين النسق الاقتصادي والاجتماعي والنسق البيئي , خاصة أن التنمية العشوائية تزيد من الخطر المحدق بصحة الأجيال الحالية والأجيال القادمة واستمرار العملية التنموية في حد ذاتها.

إذ تعتبر الصحة اليوم احد أهم الأبعاد المرتبطة بالتنمية البشرية مباشرة حيث تقاس على أساسها تقدم مجتمع ما على سلم التنمية البشرية لمختلف الأمم والمجتمعات والعمل على تصنيفها من خلاله.

نظرا لكل هذه الاعتبارات وجب إدراج الصحة كمؤشر ايجابي ضمن برامج التنمية الشاملة لكونها مقوم من مقومات التنمية في كل أبعادها ، خاصة أن الوضع الصحي المتدني في المجتمع قد يكون معوقا وظيفيا أمام مسارات التنمية وتطوير المجتمع . وعلى هذا الأساس لابد من التطرق للقضايا التي تمس حاجيات الفرد والمجتمع بصورة مباشرة ، بل أكثر من ذلك حاجيات هي في الأساس حق من الحقوق الأساسية للإنسان ، والتي نجد على رأسها الصحة بمختلف أبعادها ومؤشراتها ، خاصة أنها

تمثل اليوم كما سبق القول أهم مؤشرات التنمية و حقا من حقوق الإنسان . إذ جاء في

المادة **23** من وثيقة حقوق الإنسان انه**"** لكل فرد الحق في أن يعيش في مستوى يكفل له ولأسرته الصحة والرفاهية بصفة خاصة ، يضمن له الغذاء والكساء و المسكن والرعاية الطبية...**"**[1] ، وإذا قسنا ذلك بما يشهده العالم من تطور في شتى المجالات نلحظ اثر ذلك على صحة الإنسان مما أدى إلى ظهور أمراض اجتماعية

وعضوية ونفسية معقدة تحتاج إلى حل ، إذ أصبح بلوغ أعلى مستوى صحي ممكن هدف من أهداف التقدم على الصعيد العالمي . هذا بالطبع يتطلب بذل جهود على جميع

[1] سعد الله عمر :**مدخل في القانون الدولي لحقوق الإنسان** ، الجزائر : ديوان المطبوعات الجامعية ،2000.

المستويات والجهات ، لان تمتع المجتمع بمستوى صحي ملائم يرفع من درجة انجازه وبالتالي تحقيق التنمية على جميع الأصعدة . هذا ما يطرح ضرورة النهوض بالحالة الصحية للمجتمع وتحسين أفاقها التنموية , ويجب الأخذ كذلك بعين الاعتبار أن الصحة تعتبر مؤشرا أو مقياسا هاما يعطينا فكرة عن مسارات التنمية في أي مجتمع فالاستثمار في الصحة هو استثمار في رأس المال البشري ، حيث أضحى من المسلم به واستنادا إلى العديد من الدراسات و التقارير خاصة تلك المرتبطة بمجال التنمية البشرية أن الفرو قات في المؤشرات الصحية بين الدول وبين المجموعات داخل الدولة الواحدة ما هي إلا انعكاسات للفر وقات في التنمية الاقتصادية والاجتماعية . وعليه اعتبرت هذه المؤشرات مقياسا لمخرجات التنمية الشاملة والمستديمة فالصحة جزء لا يتجزأ من التنمية بكل أبعادها وان كانت الصحة غاية أساسية من غايات التنمية فالقدرة على التنمية نفسها تتوقف على الصحة ، لان الأشخاص الأصحاء هم العمود الفقري للتنمية المستديمة .

حيث جاءت الأهداف التنموية لهذه الألفية متعلقة أساسا بالصحة في جميع جوانبها ، إذ أن المطلوب بحلول **2015** تخفيض نسبة السكان الذين يقل دخلهم عن الدولار الواحد في اليوم والذين يعانون الجوع إلى ½، وتخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى 3/2، ومعدل وفيات الأمهات إلى ¾، ووقف انتشار الأمراض وتوفير خدمت الصرف الصحي وتوفير الأدوية بأسعار مقبولة...وغيرها ، وكل هذه البنود نجدها في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان منذ 1948.[1]

مادامت الأهداف التنموية للألفية مرتبطة بالصحة مع رفع شعار الصحة للجميع ، فان إحداث تقدم فيها يعتمد بدرجة كبيرة على تحسين الوضع الصحي . هذا ما يطرح عدة تساؤلات عن النظام الصحي في الجزائر والسياسة المتبعة في هذا القطاع الحساس خاصة أن الجزائر صنفت ضمن البلدان متوسطة التنمية ضمن دليل التنمية البشرية التي

[1] Mohammed Uthman Abd al Malek :**Sudanese Journal of Public Health** , oct. 2007 ,Vol 2 ,P. 232.

تشرف عليه الأمم المتحدة من خلال برامجها الإنمائية ، والمتصفح لتلك التقارير يلاحظ الترتيب الذي تحتله الجزائر من بين مختلف دول العالم بناءا على أرقام قد تبرز ملامح الواقع أو جزءا منه سواء فيما تعلق بجانب التعليم ، مستوى المعيشة أو الصحة والتي تمثل أهم الأبعاد التي تقاس على أساسها مستويات التنمية البشرية في أي دولة .

في هذه الدراسة سيتم التركيز على بعد الصحة من خلال إبراز بعض المؤشرات ذات الصلة بالوضع الصحي في مجتمعنا ، كالمؤشرات المتعلقة بصحة الأفراد والجماعات والمؤشرات المرتبطة بالإمكانات الموجهة لتحسين المستوى الصحي للمجتمع ومؤشرات أخرى ترتبط بالبيئة المؤثرة على المستوى الصحي للمجتمع بمختلف أبعادها . كل ذلك سيندرج ضمن تساؤل مركزي يتمحور حول ماهية الحالة الصحية في مجتمعنا وما إذا كانت تتماشى مع متطلبات ورهانات التنمية ؟

التساؤلات الفرعية:

- 1- ما هو موقع الصحة في بناءنا الاجتماعي ؟

-2- ما هي الأمراض المنتشرة في مجتمعنا والأسباب الكامنة وراء ذلك ؟

- 3- ما هي المجهودات المبذولة لتحسين الوضعية الصحية في مجتمعنا ؟

إن الإجابة على مختلف هذه التساؤلات لا يكون إلا من خلال توضيح أهم المفاهيم المفتاحية التي سترتكز عليها الدراسة والتي نجدها تتعلق خاصة بمفهومي الصحة والمرض , إضافة إلى مفهوم التنمية الذي حاولنا الإشارة إليه فيما سبق .

في إطار معالجتنا لموضوع الصحة لا بد من التطرق لأهم المفاهيم التي قدمت في هذا السياق والملاحظ أن مفهوم الصحة كغيره من المفاهيم , عرف تطورا ملحوظا مع تقدم المجتمعات البشرية , حيث نجد هناك العديد من المحاولات لإعطاء تعريف محدد للصحة ونجد من ابرز هذه التعاريف ما قدمه **"Birkins"** والذي يرى بان" الصحة هي حالة توازن نسبي لوظائف الجسم وان حالة التوازن هذه تنتج عن تكيف الجسم مع عوامله

الظاهرة التي يتعرض لها " .أما " **wenslawe** " فيرى بأنها " علم وفن منع الأمراض وإطالة العمر وترقية الصحة وكفاءتها " [1].

إن الملاحظ لهذين التعريفين يرى تركيزهما على الجانب العضوي والجسمي للإنسان مغفلين أهمية ودور العوامل الاجتماعية والنفسية وغيرها من عوامل في تحديد مفهوم الصحة , ومن هنا جاء التنبيه إلى ضرورة اخذ مختلف الأبعاد بعين الاعتبار عند التطرق لمفهوم الصحة , وهذه النظرة تتماشى خاصة مع تعريف **"منظمة الصحة العالمية WHO** " فالصحة حسبها هي " حالة تكامل الجسم والعقل والتوازن الاجتماعي وليس مجرد الخلو من المرض والعاهة " [2].

بهذا يمكن القول أن المفاهيم المقدمة للصحة عموما جاءت في نطاق أطروحتين , أما الأولى فتركز على البعد العضوي , والثانية فتهتم أكثر بتفاعل مختلف الأبعاد المكونة للصحة.

أما المرض باعتباره نقيضا للصحة فيعرف على انه " حالة يحدث فيها خلل إما في الناحية العضوية أو العقلية أو الاجتماعية للفرد , مما من شانه إعاقة قدرته على مواجهة اقل الاحتياجات اللازمة لأداء وظيفة مناسبة " [3].

كما يعرف المرض أيضا على انه " الحالة التي يعجز فيها الفرد عن القيام ببعض أو كل أنواع النشاط أو الوظائف التي يباشرها الأسوياء أو ترتبط عند القيام بها بالألم أو الضيق"[4].

بناءا على ما سبق يمكن القول أن مفهوم المرض يختلف من شخص إلى لآخر, ومن موقف لآخر كما أن مفهومي الصحة والمرض يتداخلان في بعضهما . وفي سياق جملة

---

[1] تالا قطيشات وآخرين : **مبادئ في الصحة والسلامة العامة** , دار المسيرة للنشر والتوزيع : عمان /الأردن , 2002, ص.15.

[2] محمد سلامة ومحمد خبازي : **ادوار الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي** , المكتب الجامعي الحديث : الإسكندرية , 2003, ص.99.

[3] نادية محمود عمر والسيد عمر : **علم الاجتماع الطبي المفهوم والمجالات**, دار المعرفة الجامعية : الإسكندرية , 2003 , ص. 263.

[4] المرجع السابق , ص. 265.

ما قيل يمكن أن نضيف مفهوم دراستنا لكل من الصحة والمرض في إطار صيرورة البحث , حيث قد تعبر الصحة عموما على القدرة في الانجاز وفقا لمتطلباتنا المجتمعية وهذا ما يوافق التنمية في كل المجالات , أما المرض فهو على النقيض من ذلك من خلال ارتباطه بعدم القدرة على الانجاز (العجز) وبالتالي التخلف وركود المجتمع على جميع المستويات .

في محاولتنا لمعرفة واقع الصحة في مجتمعنا سيتم إجراء الدراسة الميدانية في مدينة "تبسة" كنموذج ، وحالة قد تعبر على الواقع ولو بصورة جزئية ممثلة لذلك الجزء من الكل ، و العمل على الإجابة على التساؤلات المطروحة في الدراسة بما قد يمكننا من المساهمة في وضع اطر نظرية لدراسات سوسيولوجية معمقة حول وضعية الصحة في مجتمعنا , من خلال التأكيد على ضرورة دراستها في علاقتها بالبناء الاجتماعي , خاصة مع قلة الدراسات السوسيولوجية المهتمة بالبحث حول كل ما يتعلق بموضوع الصحة بمختلف أبعادها , وكذا وعينا لأهمية الصحة كعامل

ضروري ومهم في بناء المجتمع باعتبارها مدخلا ومخرجا من مخرجات التنمية في آن واحد . خاصة أن الصحة اليوم أصبحت تعتبر من مواضيع الساعة , كونها تمثل مؤشرا هاما يعطينا فكرة عن مسارات التنمية في أي مجتمع , و بإمكانها أن تكون عاملا من عوامل التقدم كما لها أن تصبح عاملا معوقا لحركية وتطور المجتمع.

2- المعالجة المنهجية

1-2 المنهج والتقنيات : لكل علم موضوع ومنهج والبحث في العلوم الاجتماعية لا يتمثل في جمع التراث النظري والاطلاع على البحوث والدراسات التي تناولت المشكلة فقط , وإنما يعتمد على العمل الميداني الذي يمكن الباحث من جمع المعلومات من المجتمع الذي سيقوم بدراسته , فمحاولة الربط بين الدراسات النظرية المجردة بالدراسة العلمية الميدانية من أهم مساعي البحث العلمي . خاصة لملئ الفجوة القائمة بين النظرية والواقع , وبهذا فان تحقيق أهداف الدراسة والإجابة على تساؤلات الإشكالية

المطروحة لا يكون إلا من خلال تحديد الطريق والكيفية التي ينبغي بها معالجة الموضوع . وهذا ما يندرج ضمن المنهج المعتمد في الدراسة . والذي يفترض فيه أن يكون ملائما لطبيعة موضوع الدراسة . وكذا الهدف المراد تحقيقه من خلال البحث وعلى اعتبار أن موضوع دراستنا والموسوم بالتنمية والصحة قراءة سوسيولوجية لوضعية الصحة بمدينة " تبسة " والذي يهدف إلى تقصي وضعية معينة وبطريقة تفصيلية ودقيقة من خلال دراسة معمقة نوعا ما للعوامل المتداخلة التي تمثل أصل الحالة ومحتوياتها .

على هذا الأساس فان المنهج الأنسب لذلك هو "دراسة الحالة " مما يوافق الاعتماد على جملة من الإجراءات والأدوات التي يمكن أن تساعد في جمع المعلومات والمعطيات حول الواقع والحالة المراد دراستها . خاصة أن استعمال منهج معين يتطلب الاستعانة بأدوات ووسائل مساعدة ومناسبة مما يمكن من الوصول إلى المعلومات اللازمة , على هذا الأساس فان دراستنا اعتمدت أولا على مقاربة إحصائية تم من خلالها جمع كل المعطيات والبيانات التي من شانها خدمة الموضوع فكانت إحصائيات متعلقة بالأمراض المتواجدة على مستوى مدينة تبسة وإحصائيات حول عدد المستشفيات والعيادات ومختلف المؤسسات الصحية , إضافة إلى تعداد الأطباء والصيادلة وكذا توزيعهم على مختلف أحياء المدينة , وغيرها من الإحصائيات الأخرى.

واشتملت الدراسة الوثائقية الاطلاع على مختلف المراسيم والقوانين المتعلقة بالصحة. وفي شق آخر اعتمدت الدراسة على مقاربة سوسيولوجية ذات بعدين متكاملين , أما البعد الأول فتم التركيز فيه على استخدام مقابلات مع كل القائمين على القطاع الصحي بمدينة تبسة ومنهم مدراء مستشفيات وعيادات وكذا مسئولين عن الصحة في المدينة إضافة إلى الصيادلة وكانت هذه المقابلات نصف موجهة . أما البعد الثاني فتعلق بالاستعانة باستمارات استبيان كانت موجهة لفئة الأطباء وكذا المواطنين المبحوثين , كما تم الاعتماد في هذه الدراسة على الملاحظة البسيطة والمباشرة والتي كانت طيلة فترة البحث وأثناء التواجد بالميدان .

2-2 مجال الدراسة (المكاني و الزماني) : من خلال الهدف الذي تسعى الدراسة إلى تحقيقه والمتمثل أساسا في تقصي واقع الصحة في مجتمعنا , أجريت الدراسة الميدانية بمدينة " تبسة " كعينة قد تعبر على وضع مجتمعي معين . وتجدر الإشارة إلى أن دراستنا الميدانية لم يتم حصرها في مجال زمني محدد , وإنما كانت متماشية مع صيرورة البحث خلال فترة انجاز هذه الدراسة , إلا أنها تمت على مراحل وأولها تمثل في الخرجات الاستطلاعية لميدان الدراسة والذي انحصر مبدئيا على مديرية الصحة والسكان لمدينة تبسة,ثم توسع ليشمل مختلف مؤسسات الصحة العمومية من مستشفيات ومؤسسات الصحة الجوارية , إضافة إلى العيادات الخاصة وبعد المرحلة الاستطلاعية جاءت المراحل المتعلقة باستكمال الخطوات البحثية الأخرى من توزيع للاستمارات وإجراء للمقابلات وغيرها من الإجراءات .

2-3 عينـــة البحث : بغية مقاربة الواقع من خلال إجراء الدراسة الميدانية ومحاولة التعرف على العديد من الآراء فيما يخص واقع الصحة في مجتمعنا خاصة في مدينة" تبسة "مجال الدراسة , تم تحديد فئات بحثية تمثلت في مجموعة من العينات القصدية ويعود هذا أساسا إلى طبيعة مجتمع البحث الذي يتميز نوعا ما بعدم التجانس وصعوبة حصر مختلف الفئات البحثية المختارة في هذه الدراسة وفقا للشكل الذي يمكنا من الاختيار بطريقة عشوائية . ويمثل مجتمع البحث أولا عينة من 27 طبيب في كل من القطاع العام وكذا والخاص , وذلك بغية التعرف على الأمراض المنتشرة وأسباب وعوامل ذلك وكذا تقييمهم للوضع الصحي عموما في مدينة" تبسة "من خلال جملة من المؤشرات . وفي نفس السياق أخذت عينة من المواطنين تمثلت في 80 مفردة بحث , اعتمد في اختيارها التنويع حسب مكان تواجدهم سواء في العيادات الخاصة أو في مؤسسات الصحة العمومية (مستشفيات وقاعات علاج) , وكما تم الإشارة إليه فهاتين الفئتين تم التعامل معها من خلال الاستمارة , بالإضافة إلى ذلك أخذت عينة من مدراء مؤسسات الصحة العمومية وهم في المجموع 5 (مدير المؤسسة الاستشفائية "عاليا

صالح" ومدير المؤسسة الاستشفائية المتخصصة "خالدي عزوز" إضافة إلى ممثل عن مدير الصحة والسكان لمدينة تبسة , وكذا مسئولين عن مؤسسات الصحة الجوارية .

كما نجد فئة الصيادلة ممثلين ب10 صيادلة موزعين على مختلف أحياء مدينة "تبسة " تم التعامل معهم من خلال المقابلات النصف موجهة وكان ذلك في نفس السياق المتعلق بتشخيص الأمراض المنتشرة في مدينة " تبسة "على وجه الخصوص وكذا تقييم الوضع الصحي في المدينة . واعتمدت الدراسة في تحليل البيانات التي تم جمعها من مختلف المصادر على أسلوب التحليل الكيفي وكذا التحليل الإحصائي الكمي .

الفصــل الثــانــي :التنميــة البشريــة والصحــة

1- من النمــو إلــى الـتنميـة البشريـــــة

1-1 التنميـــة الاقتصـــاديـة

2-1 التنميـــة الشـــامـلـــة

3-1 التنميـــة المستديمـــــة

4-1 التنميـــة البـــشريـــة

2- أبعـــاد التنميـــة البـــشريـــــة

1-2 المـعرفـة والـتعليـم

2-2 المسـتوى المعــيشــي

3-2 الـصحـــــــــة

3- الصحــة وقيـاس التنميــة البشريـــــة

1–3 مؤشــرات قيـــاس الصحــة　　　　　3–2 حالة

التنميـة البشريـة في العالــم

إن المتتبع لتاريخ الفكر التنموي على الصعيد العالمي , يلاحظ التطور المستمر والواضح الذي حصل في إطار هذا الفكر , الذي يقدم مقاربات مختلفة ومتعددة فيما يخص التنمية كمفهوم ومحتوى يعكس في حد ذاته استجابة لمتغيرات سوسيو اقتصادية وسياسية وثقافية وغيرها , من الأبعاد التي تتداخل كلها في سياق التزايد المستمر لاحتياجات ومتطلبات الإنسان. ضمن صيرورة أحداث متغيرة في إطار التحول الذي يمس البناء الاجتماعي بمختلف أنساقه , فبعدما كان الحديث على أهمية إيجاد الآليات التي تمكن من تحقيق زيادة معتبرة في الدخل القومي للبلدان , جاء اليوم الذي أصبح الكلام فيه عن ضرورة الاهتمام بالإنسان باعتباره صانع التنمية والمحرك الأساسي لها. كل ذلك التحول جاء نتيجة تغيير الاتجاهات المتعلقة بفلسفة التنمية في حد ذاتها فبعدما كان ينظر للرأسمال المادي على انه المحرك الرئيسي للبناء الاجتماعي في كل مستوياته أصبح الاعتقاد بضرورة التوجه إلى الثروة التي لا تزول ألا وهي الرأسمال البشري في كل أبعاده .

على هذا الأساس أخذت كل المجتمعات هذا التصور بعين الاعتبار من خلال العمل على إيجاد أفضل السبل التي تمكننا من المحافظة على هذه الثروة , فكانت الدعوة عالمية من اجل المشاركة الجماعية في تشكيل قدرات هذه الثروة والاستفادة منها في عملية التنمية التي ستعود بالفائدة على المجتمع ككل. هذا لن يكون إلا من خلال توفير كل ما يحتاجه الإنسان للعيش الكريم والصحي حيث أصبح ذلك اليوم مقياسا لتطور الأمم وثروتها , كل هذه النقاط سيتم التطرق إليها ببعض من التفصيل من خلال ما جاء من عناصر في الفصل الثاني المعنون بالتنمية البشرية والصحة , فلا يمكن توضيح علاقة التنمية بالصحة موضوع الدراسة إلا من خلال عرض المراحل التي تطور خلالها الفكر التنموي بصفة عامة , والذي كان وفقا لسياقات تاريخية مختلفة كان لها الأثر الكبير في تحديد تجارب إنسانية متباينة في سلم التقدم والتطور الذي يسعى إليه كل مجتمع .

1- من النمو إلى التنمية البشرية

1-1 **التنمية الاقتصادية :** غالبا ما كان ينظر للتنمية في هذه المرحلة على أنها أو بوصفها رديفا للنمو الاقتصادي ، وقد امتدت هذه المرحلة من نهاية الحرب العالمة الثانية حتى منتصف العقد السادس من القرن العشرين .تميزت هذه الفترة خاصة بالاعتماد على التصنيع كوسيلة لزيادة الدخل القومي وتحقيق معدلات نمو اقتصادية مرتفعة وسريعة حيث كان ذلك مؤشرا ايجابيا لتطور البلدان والمجتمعات في هذه الفترة وفقا للفلسفة التنموية السائدة آنذاك . خاصة أن الظروف في هذه المرحلة التاريخية تميزت بتدمير البنى التحتية لمعظم بلدان العالم ، نتيجة الآثار السلبية التي خلفتها الحرب العالمية الثانية على جميع الأصعدة السياسية والاقتصادية وحتى الاجتماعية .

تبنت بعض الدول استراتيجيات بديلة بعدما فشلت إستراتيجية التصنيع في تحقيق التراكم الرأسمالي المطلوب , والذي يمكن أن يساعدها في التغلب على مشكلاتها الاقتصادية والاجتماعية المختلفة ، ومن هذه الاستراتيجيات نجد إستراتيجية المعونات الخارجية والتجارة من خلال زيادة الصادرات ويعد نموذج ' **W.ROSTOW** ' المعروف باسم **مراحل النمو الاقتصادي** احد النماذج المشهورة والتي تعكس مفهوم عملية التنمية ومحتواها في هذه المرحلة .اشتمل هذا النموذج على خمسة مراحل حاول من خلالها **'ROSTOW'** تفسير عملية التنمية الاقتصادية في المجتمعات الإنسانية ككل ، وهذه المراحل هي : مرحلة المجتمع التقليدي ، مرحلة ما قبل الانطلاق ، مرحلة الانطلاق ، مرحلة النضج وأخيرا مرحلة الاستهلاك الكبير[1]. فحسب **'ROSTOW'**لا بد من المرور بكل هذه المراحل حتى يمكن لكل مجتمع تحقيق درجة على سلم التطور الذي كان يقاس بمقدار التراكم الرأسمالي وفقا لمنظور التنمية آنذاك.

---

[1]ماجدة أبو زنط ،عثمان محمد غنيم : **التنمية المستديمة (فلسفتها وأساليب تخطيطها وأدوات قياسها)** ،دار الصفاء : الأردن، 2006،ص.19.

نظرا للانتقادات التي وجهت لهذا المنظور التنموي في هذه المرحلة أساسا حاول البعض تغطية تلك الثغرات بإدماج البعد الاجتماعي في توجه يبقى يسيطر ويغلب عليه المنظور الاقتصادي للتنمية ، حيث أضيفت فكرة التوزيع إلى النمو الاقتصادي , وصاحب هذا الفكر الجديد الفترة من نهاية الستينات حتى منتصف العقد السابع من القرن العشرين ,حيث أصبح ينظر للتنمية في علاقتها بأبعاد اجتماعية بعدما كان يقتصر النظر في المرحلة السابقة على الجوانب الاقتصادية فقط . أخذت التنمية تركز على معالجة مشكلات الفقر والبطالة واللامساواة من خلال تطبيق استراتيجيات الحاجات الأساسية ، وتتجسد هذه المرحلة بشكل واضح في نموذج **'SEERS'**الذي ينظر للتنمية من خلال حجم مشكلات الفقر والبطالة واللامساواة في التوزيع , فإذا ما تفاقمت حدة واحدة أو أكثر من هذه المشكلات أو جميعها فانه لا يمكن القول بوجود تنمية في ذلك المجتمع حتى ولو تضاعف الدخل القومي أو الفردي فيه . فالتنمية وفقا لهذا التصور حسب ' **TODARO** ' عملية تحدد في ثلاثة أبعاد وهي :إشباع الحاجات الأساسية واحترام الذات وحرية الاختيار.[1]

يمكن القول أن التنمية وفقا لهذا المنظور تبقى متمركزة حول البعد الاقتصادي أكثر من تركيزها على أي جانب آخر حتى ولو حاول البعض إدماج البعد الاجتماعي فيها , إلا انه يبقى كعامل تابع فقط ينظر إلى أثره لا لأهميته في البناء الاجتماعي بمختلف أنساقه , حيث يبقى النظر إلى الجانب الاقتصادي بأنه المحرك الرئيسي والبنية التحتية الأساسية لأي عملية تنموية , أما فيما يخص

معالجة قضايا كالفقر مثلا أو البطالة فلا ينظر إليها على أنها احد نتائج الخلل البنيوي القائم في المجتمع , بل على انه نتيجة لاختلالات اقتصادية محضة لا يتم معالجتها إلا من خلال هذا الإطار بأساليبه وأدواته أي وفقا لمؤشرات اقتصادية بحتة.

[1] المرجع السابق ، ص.20

2-1 **التنمية الشاملة :** إن التنمية وفقا لهذا المنظور تركز على الاهتمام بالجوانب الاقتصادية والاجتماعية بنفس المستوى .امتدت هذه المرحلة من منتصف السبعينات حتى منتصف ثمانينات القرن العشرين , حيث ظهر مفهوم التنمية الشاملة والتي تعني تلك التنمية التي تهتم بجميع جوانب المجتمع والحياة , وتصاغ أهدافها على أساس تحسين ظروف أفراد المجتمع العاديين وليس من اجل زيادة معدلات النمو الاقتصادي فقط . بمعنى أنها تهتم بتركيب هذا النمو وتوزيعه على كل أفراد المجتمع بنفس المستوى , لكن السمة التي غلبت على هذا النوع من التنمية تمثلت في معالجة كل جانب من جوانب المجتمع بشكل مستقل على الجوانب الأخرى بافتراض عدم وجود تأثيرات متبادلة بين الجوانب مجتمعة في إطار بناء اجتماعي متساند في وظيفته [1] .

وفقا لهذا المنظور الذي تطرحه التنمية الشاملة وضعت الحلول لكل مشكلة على انفراد الأمر الذي جعل هذه التنمية غير قادرة على تحقيق الأهداف المنشودة في كثير من المجتمعات وعدم تعزيز هذا التوجه التنموي التكاملي ضمن فلسفة قاصرة في نظرها لاحتياجات ومتطلبات المجتمع الذي تتداخل كل أنساقه , وتعمل في إطار تنظيمي متوازن.

3-1 **التنمية المستديمة** : منذ ثمانينات القرن العشرين بدا العالم يصحو على ضجيج العديد من المشكلات البيئية الخطيرة التي باتت تهدد أشكال الحياة فوق كوكب الأرض

وكان ذلك طبيعيا في ظل إهمال التنمية للجوانب البيئية طوال العقود الماضية , فكان لا بد من إيجاد فلسفة تنموية جديدة تساعد في التغلب على هذه المشكلات التي لها اثر سلبي على صحة وحياة البشر جميعا.

لا تمثل التنمية المستدامة ظاهرة أو اهتماما جديدا , فالدافع وراء مخاوفنا الحالية يرجع إلى ألاف السنين لكن التنمية المستدامة كمصطلح فعدد قليل نسبيا سمع به قبل مؤتمر

---

[1] رمزي زكري : **المشكلة السكانية وخرافة المالتوسية الجديدة** ,سلسلة عالم المعرفة , العدد .84،المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب :الكويت ,1984,ص.435.

الأمم المتحدة للبيئة والتنمية في جويلية 1992 , وارتبط ذلك بتزايد الوعي إزاء المشاكل البيئية حيث جاء الاهتمام بفكرة ومضمون التنمية المستدامة خاصة بعد الانتباه إلى الخطر المحدق بالبيئة الطبيعية من خلال استنزاف ثرواتها بصورة لاعقلانية[1].

يمكن القول بان التنمية المستدامة كمصطلح يعتبر جديد نسبيا , إلا أن الفكرة في مضمونها تعتبر قديمة نوعا ما وما يؤكد ذلك المؤتمرات واللجان التي عقدت ومهدت الطريق لظهور فكرة التنمية المستدامة , فقد كان لإنشاء نادي روما عام 1968دورا في بلورة هذا المفهوم حيث دعا النادي إلى ضرورة إجراء بحوث لتحديد حدود النمو في الدول المتقدمة , وخلال نفس السنة عقدت الأمم المتحدة المجلس الاقتصادي والاجتماعي الذي أكدت فيه الحاجة إلى إجراءات مكثفة للحد من المخاطر التي تواجه البيئة.[2]

في سنة 1972 نشر نادي روما تقريرا مفصلا حول تطور المجتمع البشري وعلاقة ذلك باستغلال الموارد الاقتصادية مرفقا بتوقعات حتى سنة 2100جاء فيه انه سيحدث خللا في القرن الواحد والعشرين بسبب التلوث وتعرية التربة . من هنا جاءت المناداة بضرورة إدماج الاعتبارات البيئية في استراتيجيات التنمية من اجل تجنب أخطاء خاصة الدول المتقدمة في استخدام الموارد الطبيعية بأكثر عقلانية [3].

على هذا الأساس وضع برنامج الأمم المتحدة للبيئة سنة 1982 تقريرا عن الحالة البيئية في العالم حيث كان التقرير مبنيا على وثائق علمية وبيانات إحصائية أكدت من خلاله على الخطر المحيط بالعالم فأكثر من " 25الف نوع من الخلايا الحيوانية والنباتية كانت في طريقها إلى الانقراض , كما أطلقت النشاطات البشرية آنذاك أكثر من 990مليون طن من أكسيد الكبريت و57 مليون طن من المواد الدقيقة العالقة , من هنا أقرت الأمم

[1] ف.دوجلاس موشيست : **مبادئ التنمية المستدامة** , ترجمة : بهاء شاهين , ط.1,القاهرة ,2000,ص.13.

[2] محمد فايز بوشدوب : **التنمية المستدامة في ضوء القانون الدولي** , مذكرة ماجستير غير منشورة , جامعة الجزائر , 2002,ص.17.

[3] المرجع السابق , ص.19.

المتحدة بتاريخ 28اكتوبر 1982 الميثاق العالمي للطبيعة والذي كان الهدف منه توجيه وتقويم أي نشاط بشري من شانه التأثير على الطبيعة"[1].

من هنا ظهرت أهمية متزايدة لأخذ قدرة النظام الطبيعي بعين الاعتبار عند وضع أي مخطط تنموي من اجل إحداث توازن بيئي يكون له الأثر الايجابي على عملية التنمية في حد ذاتها , في نفس هذا السياق قدمت **"اللجنة الدولية للبيئة والتنمية** "في 27افريل 1987 تقريرا تحت عنوان **"مستقبلنا المشترك"**الذي يعر ف باسم تقرير بورتلاند , جاء فيه فصل كامل عن التنمية المستدامة حيث أكد هذا التقرير مرة أخرى على انه لا يمكن الاستمرار في التنمية ما لم تكن هذه الأخيرة قابلة للاستمرار من دون ضرر بيئي , على غرار الكوارث الطبيعية التي حدثت في العالم مثل **"حادثة تشرنوبيل"** انعقدت قمة الأرض في ري دي جانيرو في جوان 1992 بالبرازيل حيث خصص المؤتمر استراتيجيات وتدابير تحد من التآكل البيئي في إطار تنمية قابلة للاستمرار وملائمة بيئيا[2].

هكذا جاءت كل المؤتمرات التي عقدت إلى غاية اليوم للتأكيد على ضرورة اخذ الاعتبارات البيئية بعين الاعتبار في كل استراتيجيات وسياسات التنمية المقترحة . فنحن اليوم بحاجة إلى تنمية لا تتعارض مع البيئة , وهذا ما تقدمه فلسفة التنمية المستدامة ، فالاستدامة إذن يمكن اصطلاحها على كل سياسة وأسلوب في التنمية يأخذ بعين الاعتبار الجانب البيئي بالتوازي مع الجوانب الأخرى الاقتصادية والاجتماعية وغيرها من الجوانب المكونة للبناء الاجتماعي والتي تتفاعل بصورة متداخلة .

تزايد الاهتمام في الآونة الأخيرة بمفهوم التنمية المستدامة والذي كان في الأساس نتاجا للتطور التاريخي لمفهوم التنمية بصفة عامة , وجاء ذلك في إطار توجه عالمي فالتنمية

[1] PIERRE MICHEL ,BILLE STEPHANE :**recueil francophone des textes internationaux en droit de l'environnement** ,BRUXELLES ,1998 ,P.306.

[2] محمد فايز بوشدوب : **التنمية المستدامة في ضوء القانون الدولي** ,مرجع سبق ذكره , ص.27.

المستدامة تعبر عن فلسفة ورؤية تنموية جديدة في الأصل , تقوم على فكرة أن مختلف العمليات التي يشبع بها الناس حاجاتهم ويحسنون بها نوعية حياتهم في الحاضر لا ينبغي أن تعرض للخطر قدرة الأجيال المقبلة على تلبية حاجاتهم , وبالنسبة لمعظم الناس تعني التطلع إلى نوعية حياة أفضل وتحقيق مستوى معيشي ملائم , فالتنمية القابلة للاستدامة تتطلب وفقا لهذا المفهوم الإنصاف وإمكانية حصول الجميع على التعليم والرعاية الصحية والفرص الاقتصادية ...وغيرها .[1]

من هنا يظهر أن التنمية المستديمة لا تركز على الجانب البيئي فحسب بل تشمل أيضا الجوانب الاقتصادية والاجتماعية , فهي تنمية ذات أبعاد مترابطة ومتداخلة في إطار تفاعلي يتطلب التعامل معه على انه نظام متكامل يشتمل مجموعة من النظم, كالنظام الاقتصادي والاجتماعي والطبيعي التي يؤثر بعضها ببعض تأثيرا مستمرا في إطار تحديد مجموعة من الأهداف القابلة للتحقيق ايكولوجيا ومعقولة اقتصاديا ومرغوبة اجتماعيا ومن هنا تكون الحلول المستدامة.[2]

مما سبق يمكن القول بان الاستدامة بالنسبة لعملية التنمية ترتبط بمدى إدراك أهمية إدماج البعد البيئي في مختلف البرامج التنموية مهما كانت فلسفتها , حيث أصبحنا اليوم نتحدث عن تنمية بشرية مستديمة وهذا ما سنوضحه في العنصر الموالي وذلك من خلال توضيح الفلسفة والتصور الذي تقوم عليه التنمية البشرية باعتبارها مفهوما جديدا للتنمية , ظهر هو الأخر في سياق اجتماعي واقتصادي مختلف عما كانت عليه في مراحل تاريخية سابقة , إضافة إلى توضيح نقاط التداخل بين التنمية البشرية والمستديمة.

4-1 التنمية البشرية : تعبر التنمية البشرية عن اتجاه في الفكر التنموي العالمي المعاصر من ناحية , وهي أيضا مطلب جوهري للتنمية الإنسانية المستدامة من ناحية أخرى , خاصة أنها تركز على الإنسان كمحور للتنمية باعتباره رأسمال بشري مهم .

---

[1] عبد الله عطوي : **السكان والتنمية البشرية** ,دار النهضة العربية :بيروت ،ط.1، 2004, ص.29.

[2] ف.دوجلاس موشيست : **مبادئ التنمية المستدامة** , مرجع سبق ذكره , ص.73.

تشير أدبيات التنمية إلى أن العالم اليوم يسير وفق مفهوم التنمية البشرية الذي بلوره برنامج الأمم المتحدة الإنمائي , والذي جاء على غرار مفاهيم ظهرت في سياقات اجتماعية مختلفة . على هذا الأساس تعد التنمية البشرية من القضايا بالغة الأهمية لأنها تعتبر قاعدة كل تنمية اقتصادية واجتماعية ...وغيرها .

بدا تداول مفهوم التنمية البشرية منذ ظهور تقارير التنمية البشرية لعام 1990وما جاء بعدها من تقارير ركزت معظمها على دور الإنسان في عملية التنمية باعتبار أن العامل البشري هو الثروة الحقيقية للأمم , فقد جاء في تقرير التنمية البشرية لعام 1990 "أن الثروة الحقيقية للأمم هي أناسها , والغرض من التنمية هو تهيئة بيئة تمكن الناس من التمتع بحياة طويلة وصحية ..."[1] 'إلا أن ذلك يتعارض غالبا مع العيش من اجل تحقيق الثروة المادية والمالية , وهذا ما كان سائدا في مراحل سابقة عكست حقيقة التصور المرتبط بالتنمية في إطار سياقات اجتماعية وتاريخية متغيرة في تركيبها البنيوي.

هكذا جاءت التنمية البشرية لتجعل الناس محور اهتمامها على أن الغرض منها هو توسيع خيارات الناس فلا يقتصر ذلك على الدخل وحده , ومن ثمة جاءت هذه الفلسفة والاتجاه الجديد في التنمية ليركز على المجتمع في عمومه , أي باعتباره قائم على تساند جملة من الأنظمة والأنساق الاقتصادية والثقافية والاجتماعية الوظيفية في إطار الكل وليس على الاقتصاد فقط.

في إطار التنمية البشرية ينظر للإنسان من خلال التنظيم المجتمعي وعملية التنمية ككائن مؤثر فاعل ومتفاعل مع النظم والمؤسسات , وفي علاقته الاجتماعية من اجل تنمية طاقاته وإمكاناته إلى أقصى ما يمكن أن تصل إليه . بذلك يمثل الإنسان في عملية التنمية البشرية عنصرا ديناميكيا في مدخلاتها ومخرجاتها , خاصة أنها تركز على توسيع خياراته وقدراته من خلال بناء رأسمال اجتماعي , حيث تتم تلبية حاجات الأجيال

[1] United Nations :UNDP (United nations développement programme) , human développement report, 1991 , p.1.

الحالية بأكبر قدر ممكن دون المساس بحقوق الأجيال القادمة وهي النقطة التي تلتقي فيها التنمية البشرية ببعد الاستدامة والاستمرارية .[1]

إن بعد الإنصاف في التنمية المستدامة يمكن الأجيال القادمة كما الحالية والذين لا يجدون فرصا متساوية , للحصول على الموارد أو الخيارات الاقتصادية والاجتماعية . فإذا تحدثنا عن تنمية بشرية مستدامة فإننا نطرح نهجا جديدا في النظر إلى التنمية وهو منهج يتجاوز المناهج السابقة محدودة الأفق , كالمنهج الاقتصادي "تنمية اقتصادية" والمنهج الاجتماعي "التنمية الاجتماعية" ومنهج الاستثمار في الموارد البشرية والذي ينظر فيها للإنسان باعتباره مجرد آلة, يبحث له عن أدق الأساليب والطرق التي يمكن من خلالها الاستفادة من طاقاته في العملية الإنتاجية بغض النظر عن كونه إنسانا له جملة من الحقوق التي تمكنه من العيش حياة كريمة في إطار منظومة مجتمعية متكاملة على هذا فان المنهج الجديد المتضمن في مفهوم التنمية البشرية المستدامة يحرر الفكر

التنموي من اسر الاقتصاد وما يرتبط به من قيود مثل اعتبار التنظيم المجتمعي من المعطيات أو الثوابت حيث ينظر إلى الاقتصاد على انه محرك كل الأنساق المكونة للبناء الاجتماعي , والنظر إلى الطبيعة على أنها هبة أو سلعة حرة لا ثمن لها [2].

إن التصور السابق يطرح العديد من الانشغالات خاصة الأثر السلبي الذي يمكن أن يحدث للبيئة التي نعيش فيها , من خلال الاستغلال اللاعقلاني لموارد الطبيعة فالتنمية أثناء سعيها المستمر لتحسين أحوال أفراد المجتمع تقابلها مجموعة من التحديات والمشاكل التي تؤثر على حياة الناس , مثلا انتشار بعض الأمراض الناجمة عن المشاكل البيئية والتي ستقلل هي الأخرى من مجهودات التنمية.

لقد جاء على لسان جمعية الصحة العالمية أن " التنمية الصحية شرط ضروري لتنمية اجتماعية واقتصادية , وان الاستخدام العقلاني لموارد الأرض له أهمية قصوى لتحقيق

[1] مصطفى محمد الأسعد : **التنمية ورسالة الجامعة في الألفية الثالثة** ,المؤسسة الجامعية للدراسات , 2000, ص.24.

[2] طارق السيد : **علم اجتماع التنمية** , مؤسسة شباب الجامعة : الإسكندرية , 2007, ص.27.

الصحة للجميع ولحل المشاكل الايكولوجية , وان التنمية العشوائية تمثل خطرا محدقا بالصحة للأجيال الحالية والقادمة وللاستمرار في العملية التنموية في حد ذاتها " [1] وهذه هي الفكرة التي تطرحها التنمية البشرية المستديمة من خلال السعي إلى توسيع خيارات الناس, لكن دون الإضرار بالجانب البيئي هذا الأخير الذي قد يكون معوقا لجهود التنمية البشرية في حد ذاتها .

إن تقديم التنمية البشرية كفلسفة جديدة في تصور التنمية يعني حتمية السير وفقا لمضمون وروح هذا الاتجاه , الذي يتضمن مرتكزات عديدة تبرز معانيها من خلال تقارير التنمية البشرية , حيث صيغ مفهومها بشكل جديد وأصبحت الفكرة أوسع واشمل لتغطي جميع اختيارات الإنسان في كل المجتمعات وفي جميع مراحل التنمية , حيث أصبح ينظر للإنسان ليس كوسيلة وإنما كهدف وغاية لعملية التنمية أي جعل التنمية في

خدمة الناس بدلا من وضع الناس في خدمة التنمية , ولا يكون ذلك إلا من خلال الاهتمام بتشكيل قدراتهم حتى تكون الاستفادة منها بشكل عقلاني [2].وهذه القدرات لا يتم تشكيلها إلا بالاستثمار في قدرات البشر سواء في التعليم أو الصحة وغيرها من المطالب الأساسية التي تمثل أبعادا رئيسية في التنمية البشرية , التي ينظر إليها على أنها " تنمية الناس من اجل الناس بواسطة الناس " [3] .

يمكن أن نفهم هذه الفكرة من خلال تتبعنا لبعض التجارب الإنسانية في التنمية "فالنمور الاسياوية" مثلا لم يمنعها نقص الإمكانات المادية والطبيعية من الارتقاء في سلم التطور الاجتماعي والاقتصادي , وكان ذلك بارتكاز مساراتها التنموية على الثروة التي لا تفنى ألا وهي الإنسان باعتباره محور التنمية والفاعل الأول فيها , وذلك من خلال إتاحة الفرصة للعامل البشري في الإبداع والمشاركة في مسيرة التنمية والنهوض

[1] L'écologiste : **le développement refaire le monde** , numéro spécial , N°6,hiver 2001, p.31.

[2] عبد القادر عطية : **اتجاهات حديثة في التنمية** , الدار الجامعية : الإسكندرية , 2003, ص.50.

[3] برنامج الأمم المتحدة الإنمائي : **تقرير التنمية البشرية 1993**, بيروت مركز الدراسات العربية , ص.3.

ولا يكون ذلك إلا من خلال العناية بهذا العنصر المهم في معادلة التنمية الناجحة بالاهتمام بتربيته وتعليمه وصحته وتوفير محيط ملائم لنشاطاته . على هذا الأساس طرح في احد تقارير التنمية البشرية قضية الحريات الثقافية والتي تعني حرية الإنسان في اختيار هويته وانتمائه إلى أي مجموعة دينية أو عرقية وثقافية دون أن يتعرض للإقصاء السياسي , الاقتصادي أو الاجتماعي.[1] من خلال ما سبق يمكن القول أن التنمية البشرية لها أبعاد متداخلة ومتنوعة , وهذا ما يمكن ملاحظته من خلال ما تورده تقارير التنمية البشرية سنويا , التي تضيف كل مرة بعدا آخر للتنمية البشرية , هذا يظهر اتساع مفهومها على اعتبار أن خيارات الناس في حد ذاتها غير محدودة وبالتالي التفطن كل مرة لعناصر مركبة للتنمية البشرية والتي قد لا يكون لها مؤشر كمي يمكن

قياسه فعليا ولكن يمكن أن يستدل عليه بمقاييس ومؤشرات كيفية , هذا ما ستحاول الدراسة توضيحه في العنصر المتعلق بأبعاد التنمية البشرية التي تعتبر متغيرات أساسية في دليل التنمية البشرية .

2- أبعاد التنمية البشرية

هناك ثلاثة أبعاد أساسية للتنمية البشرية قد تعكس ولو بصورة جزئية مبسطة التصور الذي يقوم عليه هذا الفكر التنموي.

2-1 المعرفة والتعليم : يعتبر التعليم واكتساب المعرفة من الحاجات الأساسية للإنسان في أي زمان حيث لا يمكن إغفال العلاقة الجوهرية بين إشباع حاجة الإنسان في التعليم والمعرفة وإشباع كثير من حاجاته الأخرى حيث أصبحت قضية اكتساب المعرفة أهمية كبيرة في عالم لم يعد يعترف إلا بالثروة البشرية كثروة وحيدة ودائمة , فالذين يرتبون لإعادة النظر في الخريطة العالمية يعلمون جيدا أن مستقبل البشرية مرهون بالتعليم واكتساب

[1] برنامج الأمم المتحدة الإنمائي : **تقرير التنمية البشرية 1994**, بيروت مركز الدراسات العربية , ص. 13.

المعرفة . لهذا اتجهت العديد من الدول والحكومات إلى الاهتمام المتزايد بالبعد المعرفي التزاما بما يسمى " نظرية رأسمال البشري " التي تعبر في جوهرها عن رؤية جديدة لمسارات التنمية التي تهدف إلى بناء مغاير للبشر من اجل ادوار جديدة في عالم متغير , في نفس السياق جاء على لسان احد الكتاب الفرنسيين بان " العالم سائر بنجاح نحو التفكير في الإنسانية ومن المحال أن ترقى امة من الأمم إلا بتدعيم التعليم , ولا وسيلة لإنقاذ الناس من شر الجهل والرذيلة إلا بالعلم "[1].

بما أننا نعيش اليوم في عالم التكنولوجيا والتقنيات الحديثة فان ذلك يحتاج إلى وظائف عليا متخصصة , تعتمد على مستويات مهارية ومعرفية معقدة والمعرفة والتعليم بمختلف أطواره ومستوياته يمثل الطريق الذي من خلاله يستطيع الفرد اكتساب تلك المهارات والكفاءات , فالمجتمعات الصناعية الحديثة مثلا تحتم على أفرادها الحصول

على معرفة متخصصة على أعلى مستوى من الدقة , ومهارات خاصة للقيام بأدوارهم على أكمل وجه وهذا ما يؤكد وجوب العناية بالفرد باعتباره محور التنمية والفاعل الأول فيها والمستفيد منها [2].

في محاولة لتحديد الارتباط بين التعليم والتنمية البشرية طرحت احد وثائق برنامج الأمم المتحدة الإنمائي قضايا خاصة بهذا البعد تمثلت أساسا في الحاجة إلى تحديد الأولويات بين مختلف المستلزمات والتركيز على تعليم المرأة , وإعادة توجيه النظم التعليمية لتوفير المهارات البشرية اخذين بعين الاعتبار واقع التكنولوجيا الجديدة وأخيرا التركيز على أن التعليم متعدد القنوات يمثل عملية ديناميكية وجماعية قائمة على المشاركة

---

[1] حامد عمار : **مواجهة العولمة في التعليم والثقافة** , مجلة المنتدى , وحدة البحوث السكانية بجامعة الدول العربية , العدد 5 ,2002,ص.12.

[2] عبد الناصر محمد رشاد : **التعليم والتنمية الشاملة** –دراسة في النموذج الكوري – تقديم : عبود عبد الغني , دار الفكر العربي : القاهرة , 1997,ص.109.

والتفاعل بين كل أطرافه والفاعلين فيه[1]. من هنا تتضح أهمية العملية التعليمية في المنظومة المعرفية لأي مجتمع , وما يترتب عن هذه العلاقة المحورية أن يعتبر رأس المال البشري النواة الأساسية في أي مشروع تنموي خاصة أننا نتجه اليوم نحو ما يعرف بمجتمع المعرفة .

عندما نتحدث عن التناسق بين التنمية البشرية والبعد المعرفي, فإننا نعني بذلك الحاجة المطردة إلى عقل متجدد لمجتمع متجدد في عالم متغير , ومن ثمة أكدت المتابعات العلمية لحصاد مؤشرات التنمية البشرية أهمية بناء قدرات البشر وإنضاج

معارفهم باعتبار هذا معيارا للبقاء الفاعل في عالم اليوم والغد , حيث تنظر التنمية البشرية إلى البعد المعرفي باعتباره حقا إنسانيا يهدف إلى تحسين وضع البشر وليس مجرد تحضيرهم للعمل , على هذا الأساس نجد في دليل التنمية البشرية مؤشرات لقياس هذا البعد المتمثل في اكتساب المعرفة والذي يقاس خاصة بقدرة الشخص البالغ على الكتابة والقراءة , وكذا نسبة الالتحاق الإجمالي بالدراسة في جميع أطوارها ومراحلها[2].

نستطيع القول أن هذه المؤشرات يمكن قياسها بطريقة إحصائية لأنها تعبر عن متغيرات كمية قد لا تعبر عن الواقع , إلا انه يوجد أيضا مجموعة من المؤشرات الكيفية التي يمكن أن تساعدنا أكثر على استقراء الواقع بصورة دقيقة وأكثر واقعية والمثال على ذلك مدى استغلال البحوث والدراسات التي تصدرها مختلف الهيئات والمؤسسات العلمية في توجيه المخططات التنموية , لان المؤشرات الكمية قد تدلنا على الجانب الكمي أما الكيفية فتدلنا على النوعية والتي غالبا ما تكون أكثر دلالة سوسيولوجيا فلا يكفي الاعتماد على الرقم في تفسير ظاهرة معينة بل يجب استنطاق الرقم في حد ذاته .

---

[1] عبد الباسط عبد المعطي : **مفهوم التعليم متعدد القنوات** – مجلة المنتدى- وحدة البحوث السكانية بجامعة الدول العربية , العدد 4, 2002 , ص.8.

[2] جورج القصيبي : **التنمية البشرية (مراجعة نقدية للمفهوم والمضمون)** ،مركز دراسات الوحدة العربية :بيروت , 1995 , ص.95.

2-2 المستوى المعيشي : تركز التنمية البشرية في فلسفتها على الاهتمام بالإنسان كانسان وحقه في العيش حياة لائقة , والتي يجب أن يضمنها له المجتمع الذي يمثل جزءا منه يؤثر فيه ويتأثر به في إطار صيرورة منظومة اجتماعية يتوازن فيه نسق الدور والمكانة في البناء الاجتماعي الوظيفي .

تهدف التنمية البشرية من تمكين الفرد من الوصول إلى الموارد اللازمة لمستوى معيشي لائق , ويتصل هذا الجانب بالدور الذي يحتله استهلاك السلع والخدمات في التنمية البشرية , حيث يعبر عنه في دليل التنمية البشرية لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي بمؤشر واحد وهو نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي بالدولار المكافئ للقدرة الشرائية PIB/PNB , تعدل قيمة نصيب الفرد بمراعاة العائد المتناقص من مشاركة الدخل في التنمية البشرية كلما تجاوز خط الفقر, إذ يعتمد هذا المؤشر للتعبير عن مدى حيازة الفرد للموارد اللازمة لتحقيق مستوى معيشي كريم[1].

3-2 الصحة : من خلال هدف التنمية البشرية إلى وضع الإنسان في موقع الصدارة , وفاعلا في جهود التنمية باعتباره المحرك الأساسي لها .اعتبرت الصحة كبناء أساسي في المجتمع لا يمكن إغفاله وما لذلك من انعكاس على عملية التنمية فالاهتمام بتحسين صحة أفراد المجتمع ينعكس بالإيجاب على مسارات التنمية , حيث زاد الاهتمام في السنوات الأخيرة بالصحة وذلك انطلاقا من أنها تعتبر احد الأساليب الأساسية والأبعاد المكونة لمرتكزات التنمية البشرية في مجمل أهدافها وتصوراتها لبناء المجتمع ودفع عجلة التنمية فيه , على اعتبار أن الصحة لها علاقة كبيرة بالتنمية في جميع مستوياتها , حيث تظهر العلاقة المتلازمة بين الصحة والتنمية من خلال مكانة هذه الأخيرة في المنظومة المجتمعية , والتي تعتبر الصحة احد أبنيتها الأساسية من خلال الآثار التي تعكسها بإيجاد نمط أفضل للحياة [2].

---

[1] محمد عدنان وديع : **مؤشرات التنمية** , منشورات المعهد الوطني للتخطيط : الكويت , 2002 ,ص.2.

[2] المرجع نفسه , ص.8.

على هذا الأساس نجد أن دليل التنمية البشرية الذي تصدره الأمم المتحدة كل عام , والذي يتضمن ترتيبا لمختلف دول العالم على أساس درجات ومستويات التنمية فيها والمتعلقة أساسا بالأبعاد المذكورة سابقا بالاعتماد على جملة من المؤشرات , نجد فيها ما يرتبط بجانب الصحة والمتمثل أساسا في العيش حياة طويلة وصحية وتقاس بتوقعات طول العمر عند الميلاد ومؤشرات أخرى مختلفة منها ما يرتبط بجانب نوعية الخدمات الصحية المقدمة وفعالية المنظومة الصحية في مختلف الدول

والمجتمعات, وهكذا فان متغير الصحة قد يقاس بمؤشرات كمية وكذا أخرى نوعية هدفها الأول والأخير تقييم وتقويم الوضع الصحي في أي مجتمع من خلال معرفة المحددات المرتبطة ببعد الصحة في إطار علاقتها وتفاعلها مع البناء الاجتماعي الذي تمثل الصحة احد مكوناته في مجمل مدخلاتها ومخرجاتها.

يمكن أن نقول بان التنمية البشرية هي غاية يسعى إلى الوصول إليها كل مجتمع نظرا لارتباطها بمختلف مظاهر الحياة والأنشطة المكونة للبناء الاجتماعي , بالتالي فان التنمية البشرية بمختلف أبعادها ومؤشراتها تعبر عن هدف تطور المجتمعات ورقيها بين الأمم . فلا يمكن أن نتصور مجتمعا مريضا أو جاهلا أو يفتقد لأدنى شروط الحياة فيه قد يصل إلى أولى درجات التنمية.

سنوضح من خلال العنصر التالي البعد المرتبط بالصحة في دليل التنمية البشرية باعتبارها احد العناصر التي يقاس على أساسها درجة التطور في أي مجتمع.

3- <u>الصحة وقياس التنمية البشرية</u>

3-1 <u>مؤشرات قياس الصحة</u> : قد يتبادر إلى الأذهان السؤال عن كيفية قياس الصحة , وهل يمكن أن نقيسها فعلا , ولماذا يجب أن تقاس وكيف تقاس ? هذه مجموعة من الأسئلة يمكن الإجابة عنها من خلال إدراكنا لأهمية الصحة في أي مجتمع لأنها أي الصحة تمثل احد أهم أبنيته التي ترتبط بعملية التنمية في محصلة مدخلاتها ومخرجاتها .

قد تقاس الصحة لمعرفة أداء النظام الصحي في أي بلد , في هذا الإطار توجد مقاييس تعتبر تقليدية نوعا ما تعتمد في ذلك على جملة من المؤشرات كاحتمال الوفاة قبل الخامسة من العمر , متوسط العمر المأمول عند الميلاد ...وغيرها من المؤشرات التي تمكننا من معرفة أداء النظام الصحي والذي يمثل بدوره نسقا وظيفيا في البناء الاجتماعي , خاصة إذا كان هدفه تحسين صحة الناس وكل أفراد المجتمع في إطار الفلسفة التنموية التي ترتكز اليوم على أهمية تكوين قدرات البشر باعتبارهم الثروة الحقيقية لأي مجتمع .

إن النظام الصحي هو نظام يمكن مقارنته بالنظام المالي والاقتصادي وبالتالي لا بد من وجود مؤشرات لقياسه والتي تعتمد خاصة على قياس المستوى الصحي العام وتوزيع الصحة في وساط السكان , فاستجابة أو عدم استجابة النظام الصحي للاحتياجات الصحية وتلبية أو عدم تلبية توقعات السكان بخصوص كيفية معاملتهم من قبل مستخدمي الصحة مثلا , قد تعكس نسقا من التنظيم أو الاختلال الوظيفي المرتبط بالبناء الاجتماعي في ديناميكيته أو سكونه[1]. لذلك قد يكون الانجاز مع الموارد المتاحة مقياسا حاسما لأداء أي نظام صحي من خلال الدور المحوري للاستثمار في رأس المال البشري عن طريق الصحة والتعليم كمتطلبات أساسية لتحقيق تنمية متوازنة ومستدامة .

إن الحديث عن أساليب قياس الصحة وغيرها من الأبعاد التي ترتكز عليها التنمية البشرية , انطلاقا من اعتمادها على جملة من المؤشرات التي تمثل في الأساس أدوات إحصائية لتقريب الحالة الإنسانية في مجتمع ما , وظيفتها العامة توضيح مستوى معيشة الإنسان ونوعية الحياة في مسيرة التغير والتغيير الاجتماعي وفي نتاج وجهود التنمية , حيث نجد المؤشرات الاجتماعية والإنسانية للتنمية البشرية و دورها في إبراز موقع الإنسان من النشاط المجتمعي , باعتباره غاية تلك الجهود وهدفها كما انه صانعها الأول محدثها ومركبها , بعبارة أخرى تهدف المؤشرات الاجتماعية والإنسانية (البشرية) في

[1] نقابة أطباء حلب **: قياس الصحة** ,الملتقى الدولي حول التنمية البشرية وكيفية قياس الصحة , جامعة دمشق , 19-20-2008 ,ص.12.

مسيرة التنمية إلى التعرف على المحصلة النهائية التي تعود على الإنسان في كل مراحل حياته في ضوء تحقيقها لاحتياجاته باعتباره فردا وعضوا في المجتمع[1].

إن مفهوم التنمية البشرية أوسع نطاقا من مقاييسها ومؤشراتها , حيث نجد هناك فرقا بين شمول المفهوم وبين بدائية أساليب القياس خاصة فيما تعلق بالمتغيرات الكيفية التي تجد صعوبة في القياس عكس المتغيرات الكمية بمختلف مؤشراتها ومعاملاتها نجد مثلا البعد المتعلق بالحياة الصحية والمديدة ومن خلال مؤشر العمر المتوقع عند الولادة والذي قد لا يعبر عن حقيقة الوضع الصحي في مجتمع ما , فطول العمر المتوقع لا يدل بذاته على حق الإنسان في حياة طويلة وصحية , لان العمر قد يطول لكن على حساب أوضاع صحية جد متدنية ولا تليق بكرامة الفرد كانسان [2].

من خلال ما سبق يمكن القول بان جملة المؤشرات التي تعتمد كمقياس للدلالة على وضع مجتمعي معين لا تمثل في اغلب الأحيان موقفا محايدا من الظاهرة محل الدراسة , لان ذلك يتأثر بتصورات إيديولوجية معينة سواء كان ذلك مرتبط بمعرفة كفاءة النظام الاجتماعي القائم أو استهداف حركة التغيير والتغير فيه , والمثال على ذلك الحال في الدول المتخلفة حيث تجد فيها من الصعوبات لجمع بيانات متعلقة بوضع محدد نتيجة لانعدامها في الأساس لسبب أو لأخر .

تبقى المؤشرات المتعلقة بقياس الصحة والوضع الصحي في مجتمع ما مرتبطة بالجهود المبذولة لتوسيع نطاق الفائدة التي يمكن أن تعود على المجتمع ككل من خلال إعادة النظر في صياغة المؤشر, الذي يمكن أن تكون له دلالة سوسيولوجية خاصة إذا ارتبط بالمتغيرات الكيفية والتي اثبت الواقع عدم إمكانية قياسها بطريقة إحصائية محضة , عكس المتغيرات الكمية التي غالبا ما لا تعطينا قراءة واقعية للظاهرة في جانبها النوعي , مما قد يكون له الأثر السلبي في عدم وصولنا إلى الحقائق كما هي عليه في

[1] حامد عمار :**التنمية البشرية في الوطن العربي (المفاهيم والمؤشرات والأوضاع),** دار ابن سينا للنشر : مصر , 1993, ص.59.

[2] إسماعيل صبري عبد الله : **التنمية البشرية المفهوم والقياس والدلالة**, الجمعية العربية للبحوث الاقتصادية : بيروت ,1994, ص.23.

الواقع . هذه الأخيرة التي تتفاعل في نطاق بناء اجتماعي معقد يحتاج في ذلك إلى أكثر من مجرد قراءة للأرقام . هذا ما يمليه علينا الواقع في ظل تعقد التنظيم الاجتماعي وزيادة وعي الإنسان بقدرته على التأثير في حاضره ومستقبله ذلك انطلاقا من التعرف على واقعه وتحديد ما انتهت إليه الحالة الراهنة.

3- 2 حالة التنمية البشرية في العالم : تقاس التنمية البشرية عن طريق مؤشرات إحصائية تعبر عن درجة التطور في النواحي الإنسانية في بلد ما , نتيجة الانجازات في النواحي الاقتصادية والاجتماعية والإنسانية فهو تعبير عن مساحة الرفاه المادي والمعنوي المحقق لأفراد مجتمع داخل بلد معين . هذا ما يسمح بالتعبير عنه في دليل التنمية البشرية بترتيب دولي لمجموعة دول العالم حسب درجات التطور فيها التي ترتبط أساسا بمخرجات عملية التنمية المتعلقة أساسا بالأبعاد سابقة الذكر .

تقدم تقارير التنمية البشرية التي تصدرها سنويا الأمم المتحدة قراءات لمفردات التنمية البشرية في دول العالم فيما تعلق مثلا بالعمر المتوقع عند الولادة , وفيات الأطفال , حقوق الإنسان , الخدمات الأساسية والعدالة الاجتماعية وغيرها من المؤشرات التي ترتبط بأبعاد محددة سواء كانت في الصحة أو التعليم أو حتى مستوى المعيشة بصفة عامة . تقدم التقارير قراءات نوعية في كل مجال ثم تقدم تقديرا عاما لمستوى التنمية البشرية في كل بلد ويتم حسابه بمعالجة إحصائية ورياضية لمجموع القراءات وتكون عادة بين 0-1الصحيح حيث تعتبر الدول التي تحصل على قيمة 0.8 فأكثر ذات تنمية بشرية مرتفعة , بينما تعد الدول التي تحرز تقدير 0.5- 0.8 ذات تنمية بشرية متوسطة , أما الدول التي تحصل على اقل من0.5تعتبر التنمية البشرية فيها منخفضة [1].

إن دليل التنمية البشرية يعتني في المقام الأول بآثار حركة التغير والتنمية برصده لمعطيات هذا التغير والتطور الكمي والنوعي في مستوى معيشة الإنسان.

[1] برنامج الأمم المتحدة الإنمائي : **تقرير التنمية البشرية (توظيف التقنية لخدمة التنمية البشرية)**,ط.1,نيويورك, 2001,ص.7.

تعاني البلدان العربية من نقص حاد في البيانات الإحصائية , حتى إذا توفرت فإنها قد تتضارب مع بيانات مختلف الهيئات ضمن إقليم الدولة الواحدة , وعليه يصعب تحديد البيانات الأقرب إلى تمثيل الواقع كما هو . لذا يكون من الصعب تقدير شامل للتنمية البشرية مما يضطرنا إلى الاعتماد على البيانات المستمدة من المصادر الدولية وهذا ما يعكس بعض عواقب التخلف [1]. في دراسة أجريت على 15 بلدا عربيا تبين أن 32 مليون شخص يعانون من نقص في التغذية , أي ما يقارب 12% من مجموع السكان معظمهم في السودان والعراق والصومال , وحتى بعض أغنى الدول العربية كالكويت والإمارات حيث توجد فئة لا تحصل على كفايتها من الغذاء وهو مؤشر سلبي على وضعية التنمية في مختلف هذه البلدان[2] .

ربما استثمرت البلدان العربية في الماضي في بناء رأسمالها المادي أكثر من استثمارها في تطوير رأسمالها البشري , هذا يوحي بدوره أن هناك مجالا أمام البلدان العربية لتحقيق انجاز اكبر في مجال تكوين رأس المال البشري الذي يمثل احد أهم مقومات التنمية البشرية , وذلك لن يتحقق إلا من خلال وضع خطط تنموية تقوم أساسا على تصورات جديدة للتنمية في حد ذاتها .

عندما نتحدث عن الجزائر كوضع خاص فان مؤشرات التنمية البشرية في جميع جوانبها وأبعادها سجلت انتقالا خلال فترات زمنية متباينة من حالة تنمية بشرية متدنية أو ضعيفة إلى تنمية بشرية متوسطة , حيث ارتفع الدليل من 0.533عام1990الى 0.664عام 1995وصولا إلى تحقيق نسبة 0.778عام 2008 .

ترجع الزيادة الواضحة بين القيمة الدنيا و القيمة المحققة في السنوات الأخيرة إلى عوامل كثيرة أهمها ثبات الناتج المحلي الإجمالي بسبب انخفاض أسعار البترول وثبات دليل العمر المتوقع بسبب تسارع قوافل الموت من جراء العنف الذي تنامى في سنوات

---

[1] الصندوق العربي للإنماء الاقتصادي والاجتماعي: **تقرير التنمية الإنسانية العربية**: عمان /الأردن , 2002, ص.23.

[2] الصندوق العربي للإنماء الاقتصادي والاجتماعي: **تقرير التنمية الإنسانية العربية**: عمان /الأردن , 2004, ص.90.

التسعينات . على العكس مع بداية الألفية الثالثة التي تميزت بارتفاع أسعار النفط ومن خلالها تحسنت الوضعية الترتيبية للجزائر بين دول العالم بعدما كانت في

المرتبة 107سنة 1998 , صنفت في آخر تقارير لبرنامج الأمم المتحدة في المرتبة95 , فبالرغم من أن الجزائر تقدمت بدرجات في تقارير التنمية البشرية إلا انه مقارنة بمستويات دول أخرى تبقى في مراتب متأخرة جدا[1] .

قد يبرز انتقال مؤشر التنمية البشرية في بلادنا من قيمة دنيا إلى قيمة أعلى منها حركية قوية للتطور الاجتماعي والذي يصاحبه تطورا مستمرا وشاملا لمستوى التنمية البشرية في مجال الصحة والتربية وامتداد العمر والاستفادة من الموارد , إلا أن هذا التغير قد يمس فقط الجانب الكمي لمختلف الأبعاد المذكورة , حيث لا يكون لها اثر ملموسا في جانبها النوعي حيث لا يشعر الفرد البسيط بأي نوع من التغيير أو التحول على مستوى البناء الاجتماعي , خاصة أن ذلك الانتقال في مؤشرات التنمية البشرية كان نتيجة الأثر المباشر لارتفاع الدخل القومي وبالتالي زيادة واضحة في المؤشر المتعلق بالناتج الخام ومن ثمة نصيب الفرد من الدخل الوطني مقارنة بمؤشرات أخرى منها الصحة .

إن تدهور مؤشرات التنمية البشرية في كثير من الدول النامية وما يؤكد ذلك ترتيبها في دليل التنمية البشرية في مراتب متأخرة نوعا ما , يرجع أساسا إلى انتشار الأمراض الفتاكة فيها وتدهور الخدمات الصحية ونقص الغذاء وانتشار الأمية والجهل وغياب الكثير من متطلبات العيش , ما قد يعكس خللا بنيويا قائما في المنظومة المجتمعية . هذا ما ستتناوله الدراسة في الفصل المقبل من خلال محاولة إلقاء الضوء على الجوانب ذات الصلة بمحددات هذا الوضع من خلال مقاربة سوسيولوجية للمرض والصحة هذه الأخيرة التي تمثل موضوع دراستنا الرئيسي . حيث يتساءل الكثير عن العلاقة بين

[1] المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي :**النتائج العامة للتقرير الوطني حول التنمية البشرية** , الجزائر , 2008 , ص.5.

الصحة ودراستنا في علم الاجتماع لهذه الأخيرة , التي يعتقد الكثيرون أنها مجالا بحثيا يختص بدراسته الأطباء وأصحاب التخصصات التجريبية فقط.

1- الحقـل المعرفــي لسـوسيولوجيـا الصحــة

1-1 إسهامـات علم الاجتمـاع في دراسة الصحة والمـرض

1-2 الدراسـات الانثربولوجية الطبيـة للصحـة والمـرض

2- المـحددات الثقافيـة والاجتماعيـة للصحــة والمـرض

2-1 التــصورات المرتــبطـة بالصحــة والمـرض

2-2 الأنماط الثقافيـة والاجتماعيـة وتأثيرها على الصحـة

3- المتغيـرات السوسيوثقافية وعلاقـتها بالصحـة والمـرض

3-1 الأســـــــرة

3-2 الـطبقـة الاجـتماعيــة

إن التوجه اليوم نحو العناية والاهتمام بالرأسمال البشري في ظل ديناميكية المجتمع , وما تمليه حركة التغير والتغيير الاجتماعي كحتمية للنهوض بالمجتمع , وما يفرضه منطق التنمية يجعل الإنسان محور العملية الإنتاجية والتنموية من خلال العمل أولا على تحسين ظروف معيشته سواء كان ذلك في جانب التعليم , السكن أو الصحة وغيرها من

الجوانب التي تضمن للفرد مكانته في المجتمع وتحفظ له بذلك الدور المناط به في التنمية باعتباره الفاعل الأول فيها ومحركها أيضا , إلا أن الاهتمام بالجوانب سابقة الذكر ومن بينها الصحة لا يمكن أن يكون بصورة فعالة ما لم يتم فهمها في سياقها الاجتماعي , خاصة أن الصحة وما يرتبط بها من مفاهيم وتصورات لا تنفصل عن البناء الاجتماعي الذي تمثل الصحة احد أهم مكوناته من خلال علاقة تأثير وتأثر متبادلة في إطار جملة من الأنساق التفاعلية , والتي يمثل المجتمع فيها النسق الكلي الذي تتحرك في إطاره كل الأنساق الفرعية وبما في ذلك المنظومة الصحية وما يرتبط بها من محددات ومتغيرات .

إن نظرتنا اليوم للصحة اختلفت عن النظرة السابقة التي تنحصر فقط في الجانب الطبي البيولوجي مع إهمال الجانب الثقافي والاجتماعي والنفسي وغيرها من الجوانب الأخرى التي تدخل في علاقة تفاعلية متبادلة مع الصحة كغيرها من الأبنية المكونة للمجتمع . هذا ما سنحاول توضيحه في هذا الفصل الذي جاء بعنوان مقاربة سوسيولوجية للصحة والمرض.

1- الحقل المعرفي لسوسيولوجيا الصحة

لم تبقى الصحة مجالا لدراسة تختص به العلوم الطبية وحسب بل أصبحت فرعا من الفروع التي يهتم بدراستها علم الاجتماع وهذا ما سنوضحه من خلال التعرض لإسهامات علم الاجتماع في هذا المجال .

1-1 إسهامات علم الاجتماع في دراسة الصحة والمرض : لقد استطاع علم الاجتماع أن يفرض وجوده ويحقق نتائج نالت اعتراف بعض التخصصات التي تحفظت عليه في البداية , حيث برهن علم الاجتماع على أهميته بتأكيده أن لا شيء يخرج عن نطاق المجتمع , فالأمراض مثلا كان يعتقد الكثير من العلماء أن أساسها ومسبباتها غير اجتماعية .لكن مع مرور الوقت وتزايد أهمية النظرة السوسيولوجية في جميع الميادين ,أصبح كل شيء يقع داخل المجتمع كما يشير إلى ذلك ' François Eward ' بقوله أن المجتمع ليس له خارج " la société n'a plus d' extérieure " [1]. من خلال ما سبق تظهر أهمية الاعتبارات الاجتماعية في دراسة أي ظاهرة مهما كانت مجالاتها .

سنة 1948 صدرت أول ورقة رسمية طبية تؤكد أهمية الاعتبارات الاجتماعية في فهم مشاكل المريض , حينما عقدت الرابطة السوسيولوجية البريطانية اجتماعها السنوي سنة1950وطالب عدد كبير من أعضاء الرابطة بضرورة اهتمام علم الاجتماع بدراسة الطب وتركيزه على الصحة والمرض , وكان لهذا الموقف دور في نشأة علم الاجتماع الطبي سنة 1960واصبحت له جريدة آنذاك تسمى "علم اجتماع الصحة والمرض".

اهتم هذا الفرع الجديد من علم الاجتماع بشرح وتفسير أسباب المرض واهتمامه بالعوامل الاجتماعية واعتبارها احد مسببات المرض , بذلك أصبحت هذه العوامل الاجتماعية مكملة لتحليل الظاهرة البيولوجية الإنسانية , خاصة مع اهتمام علم الاجتماع الطبي بدراسة الخلفية الاجتماعية للأمراض الجسمية والعقلية واثر هذه الأمراض على المجتمع . جاء ذلك نتيجة الجهود المبذولة بهدف تطوير الأفكار السوسيولوجية داخل سياق الأنساق الطبية من خلال دراسة القضايا المتعلقة بالصحة والمرض , في ضوء علاقتها بالنظم الاجتماعية في المجتمع وبهذا اعتبر علم الاجتماع الطبي حلقة الوصل

---

[1] عبد العالي دبلة : **سوسيولوجيا الصحة (الصحة من خلال إسهامات علم الاجتماع)** , المؤتمر الدولي الثاني للعلوم الاجتماعية والصحية ودورها في التنمية الاجتماعية , جامعة الكويت , 6-8افريل 2003 , ص.1.

بين الطب والاجتماع [1].الذي يمكن أن نقول انه ظهر كاستجابة لتطور المجتمعات وزيادة احتياجات الفرد فيها , كما ظهر كمهنة نتيجة تجارب سنين طويلة وجهود متواصلة في مواجهة مشكلات الإنسان.

إن الاهتمام بدراسة العوامل الاجتماعية المؤثرة على الصحة لم تكن وليدة اليوم بل لها جذورها التي تمتد إلى سياقات تاريخية واجتماعية متباينة , حيث تميزت بمرحلة أولية كان فيها اتصال مباشر للأساليب الطبية التي تبنى على أساس من السحر والأرواح الشريرة والطب اللاهوتي . جاءت المرحلة التي تميزت بالاهتمام بالأمراض المهنية خاصة مع انتشار الصناعات اليدوية وظهور التجمعات العمالية التي تقوم بالرعاية الصحية لأفرادها . في هذه المرحلة ومع تطور العلوم كان هناك الأثر الواضح في علاج بعض الأمراض وازدهار مدارس الطب وإعطاء شهادات مزاولة المهن (مدرسة ساليرنو في صقلية)[2].

في مرحلة ثالثة ظهرت تشريعات للوقاية من الأمراض والأمن الصناعي والمهني , ففي انجلترا عام 1880ادرك المسئولون أهمية تقديم الرعاية الصحية المنزلية للمرضى ذوي الاحتياجات الخاصة بعد خروجهم من المستشفى . أما عام 1893 ظهرت فرق المتطوعين للعمل في المستشفى والقيام بالبحث الاجتماعي والتوجيه والتوعية , موازاة مع ذلك ظهرت في الولايات المتحدة الأمريكية عام1893 جمعيات تهتم بزيارة بيوت الفقراء المرضى لتقديم الرعاية الصحية لهم , وبعد نجاح هذه التجربة ظهرت العديد من الجمعيات في مختلف دول العالم وتميزت هذه المرحلة بظهور أطباء لهم أفكار اجتماعية رائدة مثل الدكتور **" ارماند جوزيف "** عام 1815 في الجيش البلجيكي والذي درس الأحوال الاجتماعية والصحية والاقتصادية للشعب البلجيكي خلال 30عاما , حيث اصدر كتاب لبحث التدابير الاجتماعية التي تساهم في علاج المشكلات الصحية

---

[1] إحسان محمد الحسن : **موسوعة علم الاجتماع** , الدار العربية للموسوعات : بيروت , ط.1 , 1999,ص-ص.433-434.

[2] أيمن مزاهره , عصام حمدي الصفدي وآخرون : **علم اجتماع الصحة** , دار اليازوردي : الأردن , ط.1, 2003, ص.27.

والمرضية . نجد أيضا الدكتور **"ماين"** الذي حلل الأمراض وأسبابها من خلال ربطها بالظروف الاجتماعية , إضافة إلى الدكتور **"الفرد فيروتجان "** عام1911 حيث اصدر كتابا أوضح فيه أهمية دراسة المرض من الناحية الاجتماعية من خلال تكراره وانتشاره في المجتمع ومعرفة كيفية حدوثه , كما أضاف إلى كون العوامل الاجتماعية هي أسباب المرض فان للأمراض نتائج اجتماعية وللحد من الأمراض يجب أن نفهم النواحي الاقتصادية والاجتماعية والقيمية في المجتمع , ولعل كتاب الباتولوجيا الاجتماعية للعالم **"ادوين ليميرت"** عام 1951 كان مفتاحا ومدخلا لعلم الاجتماع الطبي . من هنا يمكن القول بان علم الاجتماع الطبي ليس وليد هذا العصر بل كان نتاج أفكار ليست بالحديثة .[1]

رغم أن العلاقة بين السوسيولوجيا والطب ظهرت تقليديا منذ أكثر من قرن ونصف إلا أن ترجمتها كعلم حديث ومنفصل و متخصص ظهرت في عصرنا الحالي كعلم جديد ارتبط خاصة بتطور المجتمع الصناعي .

لم يتبلور هذا العلم بشكله الحديث إلا بعد الحرب العالمية الثانية من طرف علماء أمريكيين , وكان تطوره سريعا منذ 1955 حيث أصبحت البحوث السوسيولوجية

تواكب التطورات الطبية الحديثة , وتربط الأمراض بأسبابها البيئية والاجتماعية . حيث أصبح ميدان الصحة يقوم على توجيه أخصائي اجتماعي وليس على المختص الطبي وهذا منذ 1963 حيث كانت آنذاك البحوث في فرنسا وأوروبا اقل تطورا عنها في الولايات المتحدة الأمريكية . إلا أن ظهور هذا العلم كاختصاص معترف به وبشكل رسمي في مؤتمر دولي لعلم الاجتماع الطبي كان في باريس في 6-9جويلية 1976 من طرف باحثين فرنسيين شباب [2].

---

[1] المرجع السابق ,ص-ص.29-30.

[2] Guyot Jean Claude : **quelle médecine pour quelle société ?** , Entreprise national du livre (E.N.A.L) : Alger , 1985 , P-P.7-8.

إن تعقد مظاهر الحياة أدى إلى اهتمام علماء الاجتماع بظواهر جديدة عكست خاصة اثر البناء الاجتماعي على كل أنساقه ونظمه بما في ذلك الظواهر المتعلقة بالصحة والمرض , التي كانت في وقت سابق مجال الاهتمام البحوث الطبية فقط.

جاءت مختلف الدراسات السوسيولوجية المرتبطة بمجال الصحة لتوضيح أهميتها في البناء الاجتماعي من خلال محاولة فهم الأمراض الاجتماعية المصاحبة للتطور الاقتصادي والاجتماعي , ذلك من اجل الوصول إلى الحلول المناسبة والتي يمكن أن تساهم في راحة ورفاهية الفرد .

أسهم علم الاجتماع خاصة في توضيح الأبعاد الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض حيث ظهر ذلك جليا من خلال البحوث التي ظهرت في ذلك الوقت ودخول هذه الدراسات للجامعات . من تلك الدراسات التي تناولت مثلا الأمراض العقلية والمستشفيات في التراث السوسيولوجي الأمريكي " هاوارد بيكر و ايرفينغ غوفمان " . أما في التراث السوسيولوجي الفرنسي نجد " ميشال فوكو " في كتابه " تاريخ الجنون والفقر الكلاسيكي سنة "1961" ,إضافة إلى دراسة "باستيد" التي تحمل عنوان "سوسيولوجيا الأمراض العقلية " سنة 1965, وغيرها من الدراسات التي عكست اهتمام علم الاجتماع بدراسة مختلف الظواهر ذات الدلالة السوسيولوجية [1].

من الأسس التي يقوم عليها علم الاجتماع الطبي هي أن الإنسان كل متكامل تتفاعل عناصر شخصيته الأربعة : النفسية والعقلية والجسمية والاجتماعية على اعتبار أن الإنسان يعيش في مجتمع إنساني وبيئة اجتماعية وهو أسمى الكائنات الحية شانا , حيث يؤكد علم الاجتماع هذه القيمة الإنسانية التي تعبر عن احترام ورعاية الإنسان لأخيه الإنسان .

[1] عبد العالي دبلة , إبراهيم بلعادي : **سوسيولوجيا الصحة** , مجلة دورية تصدر عن قسم علم الاجتماع , جامعة منتوري : قسنطينة /الجزائر , العدد 5 , جانفي2004 , ص-ص.28-29.

يعبر علم الاجتماع الطبي عن فردية الإنسان وعموميته في نفس الوقت , فرغم اشتراكه مثلا في إصابته مع غيره بأمراض معينة , إلا انه يختلف عن أي مريض أخر مصاب بنفس المرض , لذلك تعتبر صحة الناس مسؤولية تقع على عاتق المجتمع ككل وذلك مبني على أساس التفاعل المستمر والدائم لمختلف مركباته وعناصره , فلا شيء يخرج عن نطاق المجتمع في أثاره ونتائجه على البناء الاجتماعي الكلي [1].

نظرا للاهتمام المتزايد بدراسة المواضيع والقضايا المتعلقة بالصحة والمرض نادى بعض الأطباء الاجتماعيين إلى تسمية الفرع المهتم بدراسة مثل هذه القضايا المرتبطة بالجانب السوسيولوجي **" بعلم اجتماع الصحة "** بدلا من علم الاجتماع الطبي , خاصة أن علم اجتماع الصحة يعمل على تحسين صحة المجتمع المحلي وتبيين مدى تأثير ذلك على التعليم والعمل ومستوى المعيشة والزواج وغيرها من العوامل التي توضح تأثيرها على صحة الفرد . خاصة أن التوجه الجديد نحو الاهتمام بالأشخاص الأصحاء ونعني بذلك الجانب الوقائي , على عكس التوجه الذي يرتبط في علم الاجتماع الطبي بتركيزه على الجانب العلاجي أكثر, من خلال تعامله مع الأشخاص المرضى . الفرق إذن بين علم الاجتماع الطبي وسوسيولوجيا الصحة هو تركيز الأول على البعد العلاجي بينما يركز الثاني على البعد الوقائي بمختلف جوانبه ومحدداته [2].

إن البحث العلمي الاجتماعي في مجال الطب استطاع أن يتوصل إلى أي مدى يمكن اعتبار الظروف الاجتماعية والثقافية أسبابا أصلية أو مساعدة على الإصابة ببعض الأمراض . حيث أصبح من البديهي الآن وهذا بعد العديد من الدراسات والأبحاث أن البيئة التي يعيش فيها الإنسان أو الجماعة سواء كانت بيئة اجتماعية أو فيزيقية لها دور كبير في تحديد الحالة الصحية للإنسان , لهذا فان معرفة العلاقة بين الإنسان وبيئته تمكن

[1] نادية محمد السيد عمر :**علم الاجتماع الطبي (المفهوم والمجالات)** , دار المعرفة الجامعية : الإسكندرية , 2003 , ص.55.

[2] عبد المجيد الشاعر وآخرون : **علم الاجتماع الطبي** , دار اليازوردي : عمان /الأردن , ط.1 , 2000, ص.52.

من التصرف والتدخل في هذه البيئة , وعلى سلوك الإنسان من اجل تحسين شروط حياته وصحته [1].

إن التفطن لدور العوامل الاجتماعية والبيئية في ظهور وتطور الأمراض وكذا المحافظة على الحالة الصحية , برز من خلال اهتمام علم الاجتماع بإبراز هذه الحقائق من خلال جملة الدراسات والبحوث التي أجريت في هذا الإطار , خاصة إن المشكلات الطبية تعتبر في حد ذاتها مشكلة المجتمع والحقيقة السوسيولوجية ليست بعيدة عن الحقيقة الطبية .

إن اهتمام البحث السوسيولوجي بالمجال الطبي يرجع إلى اعتباره عنصرا من النسق الاجتماعي موجه لحماية أعضاء هذا النسق من الأمراض , وذلك من خلال النظر إلى النظام الصحي كمؤسسة اجتماعية ونلمس هذا من توسع مجال علم اجتماع الصحة الذي امتد ليشمل الأشخاص غير المرضى , حيث تحول مفهوم سوسيولوجيا الطب إلى سوسيولوجيا الصحة موازاة مع تغير مفهوم الطب في حد ذاته , الذي نجده في الطريق إلى التحول شيئا فشيئا من فن العلاج والشفاء إلى وظيفة المحافظة على الصحة لدى الأصحاء [2] .

خلاصة القول أن علم الاجتماع ساهم مساهمة فعالة في توضيح الأبعاد السوسيوثقافية للصحة والمرض , فإذا كانت تعبر عن حدث بيولوجي فهي في نظر علم الاجتماع حدث سيكولوجي واجتماعي في نفس الوقت . إن أهمية ما سبق ذكره تبدو أكثر بروزا عندما ننظر للصحة كتوازن يجب تجديده باستمرار بين العضوية البيولوجية والوسط الحياتي الاجتماعي الذي تتأثر به وتؤثر فيه في علاقة تفاعلية متداخلة وما لذلك من نتائج على البناء الاجتماعي ككل.

---

[1] Ahmed Arona : **sante et environnement** , Enterprise national du livre(E.N.A.L) : Alger , 1985 , P.89.

[2] عبد المجيد الشاعر وآخرون : **علم الاجتماع الطبي** ,مرجع سبق ذكره , ص.60.

2-1 الدراسات الانثربولوجية الطبية للصحة والمرض : تدل الدراسات الانثربولوجية الطبية على أن اختلاف الثقافات يؤدي إلى اختلاف في التعبير عن الألم وفي تفسير الأمراض وطرق التجاوب معها وكذا تحديد مستويات الصحة ولعل هذا راجع إلى أسلوب التنشئة الاجتماعية و الثقافية و بالتالي يعكس هذا الاختلاف سلوك المرضى للأساليب العلاجية المكتسبة ثقافيا للتوافق مع الثقافة السائدة والسياق الاجتماعي العام , حيث توصلت جملة الدراسات إلى أن الظروف الثقافية أكثر تأثيرا أو بروزا من الظروف الاجتماعية والاقتصادية على الأمراض والحالة الصحية , هذا بالطبع من وجهة نظر انثربولوجية تعكس أصلا مجالات الاهتمام فيها بدراسة معينة [1].

هناك العديد من الباحثين الانثربولوجيين الذين اهتموا بالمدخل الثقافي في دراسة الأمراض , نجد من بينهم " Acker Knechit" الذي أشار إلى انه لكل ثقافة منظورها وتصورها الخاص للمرض أو الصحة , باعتبار اثر المفهوم الثقافي في المرتبة الأولى . كذلك نجد "Foster " الذي ذهب إلى أن الصحة والمرض هي

ظواهر ثقافية مثل ما هي سوسيولوجية , وأننا إذا أردنا دراسة الممارسات الطبية الموجودة في نطاق المجتمعات التقليدية لابد أن ندرسها في إطار الثقافة السائدة فيها كما انه مفهوم بيئي يختلف من ثقافة لأخرى , فهي التي تحدد تقييمه وتصوره لحالته المرضية وردود أفعاله اتجاه علاجها . أما " Leignton " والباحثة " Scott " يذهبان إلى أن المفهوم الثقافي للمرض مرتبط بالمجتمعات التقليدية أما المجتمعات الحديثة فهي تفسره تفسيرا علميا , حيث أن المجتمعات التقليدية تتعامل مع المرض كظاهرة اعجازية تعلو على مستوى الطبيعة ويرتبط المرض لديهم بالسحر والممارسات الدينية وفي اختيارهم لأنماط المعالجين , حيث يثقون في إمكانات الطبيب الشعبي والساحر أكثر من قدرات الطبيب الأكاديمي , ذلك نتيجة تمسكهم بالمعتقدات والممارسات الصحية التقليدية . في نفس السياق يعبر كل من " Akinsola Glaser

[1] علي المكاوي: **علم الاجتماع الطبى (مدخل نظرى)**, تقديم: محمد الجوهري, دار المعرفة الجامعية: الإسكندرية, 1990, ص.23.

وBouwans" على ذلك بان المرض مرتبط بالثقافة من حيث النظرة والتصور الذي يكونه الإنسان عن الكون والعالم والحياة , وهي موجودة في الحضارات الأوروبية والهندية التي ترتبط نظرتهم للطبيعة بالدين والانطولوجيا [1].

2- المحددات الثقافية والاجتماعية للصحة والمرض

إن دراسة أي ظاهرة من الظواهر الاجتماعية يحتم علينا النظر إليها من جميع أبعادها وزواياها , ويعود ذلك إلى الأثر الذي يمارسه المجتمع بمختلف عملياته وأبنيته على مجمل الأنظمة المكونة له , في إطار نسق العلاقات التفاعلية المتبادلة تأثيرا وتأثرا . فدراسة الصحة باعتبارها بنية اجتماعية يعني ضرورة النظر إليها في ظل علاقتها بالنسق الكلي , وهذا ما سنتناوله من خلال محاولتنا لفهم نسق الصحة والمرض في السياق الاجتماعي بكل أبعاده .

2-1 التصورات المرتبطة بالصحة والمرض : إن العلاقة الوثيقة بين العوامل والظروف الاجتماعية وبين صحة الإنسان وتطور المرض عنده تبدو أكثر وضوحا من خلال التفسيرات المقدمة من قبل الكثيرين في فهمهم للصحة والمرض وإرجاعها لأسباب وعوامل اجتماعية وثقافية وغيرها بما يرتبط بقيم وعادات وتقاليد مجتمعية مؤثرة على مفهومهم للصحة والمرض , فمستويات الصحة والمرض في أي مجتمع ترتبط بمحدداته الثقافية والاجتماعية ...الخ.

في هذا الإطار نجد الباحث " Giouvannini " الذي قدم نموذجا حاول من خلاله توضيح محددات الحالة الصحية من خلال قوله بأنه يوجد هناك تفاعل بين عدة عوامل لتحديد هذه الحالة , فبالإضافة إلى العوامل البيولوجية نجد العوامل البيئية وكذا

[1] محمد عباس إبراهيم : **الانثربولوجية مداخل وتطبيقات** , دار المعرفة الجامعية : الإسكندرية , ص-ص.272-276.

العوامل المرتبطة بأسلوب الحياة دون إهماله ما يمكن تسميته المنظومة الصحية التي تتضمن الموارد المالية والنفسية والبشرية [1].

إذا اعتبرنا أن للصحة تصورات خاصة بها عند جمهور العلماء , فان للمرض كذلك تصورات خاصة به فقد يعتبر المرض حدث احتمالي يتعرض له الإنسان في كافة مراحل حياته نتيجة بعض العوامل الطبيعية والاجتماعية , مما يوجب على الفرد أو الجماعة أعباء مقاومته إن أمكن أو التخفيف من حدته عند حدوثه , ولذلك لم يعد هناك خلاف بان المرض أهم ما يتعرض له الإنسان من مخاطر تمتد أثارها لتعوق حركة التنمية الشاملة . فالمرض بهذا التصور هو ما خرج بالكائن الحي عن حد الصحة والاعتدال وكل هذا يحدث في إطار منظومة مجتمعية تحمل خصوصيات محددة [2].

كما سبقت الإشارة إليه بان التصورات المرتبطة بالصحة والمرض تختلف باختلاف الجماعات الثقافية , فهناك من يفسر المرض أو الصحة باللجوء إلى الإرادة الإلهية والتفسير الديني , حيث يعتبر ذلك من المسلمات التي نجدها عند عامة الناس . والإسلام في هذا لا يعتبر المرض خاصة عقابا إلهيا كما يفسره البعض , كما نجد أيضا أن كثيرا من الناس يرجعون أسباب المرض إلى قوى خارجية أو حادثة دخلت بغير حق ويجب التخلص منها وهذا ما يسمى " الاستعمال الدفاعي لكبش الفداء " وبالتالي يتخلص المريض من عقدة الذنب الناجم عن مفهوم المرض العقوبة أو المرض اللعنة .

هناك من الأطر النظرية التي تحاول إعطاء تفسير للمرض من خلال مسبباته وعوامله , ومن بين هذه الأطر التي يتحدد تصورها للمرض من خلال مسبباته فيما يلي : نظرية السبب الواحد والتي تفترض بان المرض ينتج عن مسبب واحد , وفي

---

[1] عبد المحي حسن صالح : **الصحة بين البعدين الاجتماعي والثقافي** , دار المعرفة الجامعية : الإسكندرية , 2003, ص.41.

[2] سليمان بومدين : **التصورات الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض في الجزائر (دراسة حالة مدينة سكيكدة)** , دكتوراه دولة في علم النفس العيادي , كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية , جامعة سكيكدة , 2003-2004, ص.32.

حالة وجود هذا السبب تظهر الحالة المرضية , كان نقول مثلا أن مرض الدرن ينتج عن ميكروبات الدرن وهكذا [1].

إن التوجه السابق يوضح لنا جليا بان المرض وفق هذا المنظور يأخذ تصوره وبهذا الطرح من خلال بعده الحيوي البيولوجي فحسب , متناسيا بذلك عوامل أخرى قد يكون لها اثر على صحة الفرد والمجتمع ككل . من هنا جاءت نظرية الأسباب المتعددة للمرض والتي تعتبر أن المستوى الصحي للفرد والمجتمع في حالة ديناميكية , ذلك لأنه ينتج من تفاعل عدة عوامل تعمل كل منها في اتجاه قد يكون ايجابيا أو سلبيا فيما يتعلق باكتساب الصحة أو فقدانها , ويكون المستوى الصحي في أي وقت بمثابة محصلة أو نتيجة للتفاعل الذي ينشا بين هذه العوامل , فإذا تغلبت العوامل السلبية ظهرت الحالة المرضية , وإذا تغلبت العوامل الايجابية استمرت حالة الصحة والسلامة [2] .

إن الوقاية من الأمراض لا يمكن الوصول إليها بمجرد بحوث المعامل والمختبرات ولكن يتوقف الأمر على القدرة في تغيير السلوك الثقافي أيضا , والمرتبط أساسا بجملة من التصورات والتي عرضنا بعضها فيما سبق , وسنتعرض فيما يلي إلى بعض من الأنماط السلوكية التي تعبر كما قلنا عن تصورات وتفسيرات متعددة للصحة والمرض في إطار مجتمعي حيث تتفاعل فيه كل العناصر الثقافية والاقتصادية والاجتماعية وغيرها من العناصر المكونة للمجتمع , واثر ذلك على البناء الاجتماعي ككل في ديناميكيته وتطوره وعملياته ومظاهر التغير والتغيير فيه , وما لذلك من نتائج على كل المستويات والأنساق.

2-2 الأنماط الثقافية والاجتماعية وتأثيرها على الصحة : لا شك أن ثقافة الفرد تحدد بدرجة كبيرة تفكيره وشعوره وحتى طريقته في العلاج . عادة ما نرى أن الثقافات تتعدد في مجتمع واحد وكل منها لها درجة محددة ومعينة في قدرتها على قبول أو رفض

[1] عبد المحي محمود حسن صالح : **الصحة بين البعـــدين الاجتماعي والثقافي** , مرجع سبق ذكره , ص-ص.41-42.

[2] إبراهيم عبد الهادي المليجي , سلوى عثمان الصديقي : **الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي** , دار المعرفة الجامعية : الإسكندرية , 2004,ص.131.

بعض القيم والاتجاهات والمعتقدات , لذا يجب أن تتضافر جهود الكل من اجل وضع برامج صحية شاملة وقادرة على تغيير هذه الاتجاهات والقيم والمعتقدات السلبية المتعلقة بتصورنا لمفهوم الصحة والمرض وما يظهر من أنماط سلوكية تكون في اغلب الأحيان لها الأثر السلبي على صحة أفراد المجتمع .

هناك أمثلة عديدة تدل على تأثير الأنماط الاجتماعية والثقافية على الصحة يمكن أن نذكر منها مايلي:

1- الجهل ونقص المعرفة : التي تؤدي إلى سلوكيات لاعقلانية لها الأثر

السلبي على الصحة , كشرب اللبن غير المغلي وبالتالي ظهور أمراض مختلفة كالحمى المالطية . كما أن شرب الماء الملوث يتسبب في التهاب الكبد الفيروسي وحمى التيفوئيد .

2- المركز الاقتصادي : قد يتسبب الوضع الاجتماعي والمركز الاقتصادي ببعض المشاكل الصحية والتي نجد منها التخمة وزيادة المواد الدهنية التي تتسبب في إحداث أمراض كالسكري وتصلب الشرايين , كما أن السكن في أماكن قذرة قد تتسبب في مرض السل , وعدم العناية بالحامل الذي يؤدي إلى نقص في تكوين الجنين .

3- المعتقدات الدينية : أكل بعض الأشياء نيئة والاستحمام في الترع وغيرها من السلوكيات التي ترتبط بالمعتقدات الدينية الخاطئة والتي يكون لها الأثر السلبي على صحة الإنسان ومثل هذه السلوكيات قد تتسبب في أمراض مثل البلهارسيا.[1]

3- المتغيرات السوسيوثقافية وعلاقتها بالصحة والمرض

[1] نادية محمد السيد :**علم الاجتماع الطبي (المفهوم والمجالات)** , مرجع سبق ذكره , ص-ص.380.381.

إن العوامل المرتبطة بالصحة والمرض متعددة الجوانب منها العوامل الحيوية مثل الوراثة والاضطرابات الفسيولوجية كما هو الحال في الحمل وسن اليأس .كذلك العوامل النفسية والتي نعدد منها الصراع والإحباط .

قد يكون للعوامل الثقافية والاجتماعية اثر بالغا قد لا نوليه أهمية مثل البيئة الاجتماعية الضاغطة والفقيرة والتربية والتنشئة الاجتماعية الخاطئة وتدهور نظام القيم واضطراب العلاقات الأسرية وعدم توفر الحاجات الأساسية . إن الواقع يؤكد أن هذه العوامل غير الطبية أي العوامل الاجتماعية والثقافية قد تعيق دون الوصول إلى مستويات صحية جيدة في المجتمع.

كما هو معروف أن المجتمع يتكون من جملة من الأنساق الفرعية التي يتركب منها أساسا البناء الاجتماعي, وأي خلل في احد الأنساق تكون له نتائج سلبية على البناء الاجتماعي ككل ووظيفتيه بما يعيق مسيرة تطوره.

من بين المتغيرات التي قد تؤثر على نسق الصحة في أي مجتمع نجد الأسرة باعتبارها احد أهم المؤسسات الاجتماعية المكونة للبناء الاجتماعي , إضافة إلى الطبقة الاجتماعية وما لذلك من اثر على ديناميكية المجتمع . في هذا العنصر سنتعرض إلى هذين المتغيرين الأساسيين من اجل معرفة مدى علاقتهما بالصحة تأثيرا وتأثرا في سياق العلاقة التفاعلية والتي يفرضها المجتمع على مختلف أبنيته.

1-3 الأسرة : تعتبر الأسرة من بين إحدى أهم المتغيرات السوسيوثقافية في ارتباطها بنسق الصحة لما لذلك من اثر على البناء الاجتماعي وحركيته , وعلاقة ذلك كله بالصحة أيضا .

إن حجم الأسرة مثلا يحدد مستوى صحتها وما يعتريها من أمراض , فكبر حجم الأسرة وما يصاحبه من انخفاض في مستوى الدخل والتعليم وازدحام المسكن بالأفراد قد يسهم في سوء الحالة الصحية للأفراد كما يصعب التكيف بين أعضاءها , ومن العوامل المؤثرة أيضا على درجة صحة الأسرة نجد الحالة الصحية لكل فرد من أفراد الأسرة .

فقد يعاني أفراد الأسرة ذات الحجم الكبير من أمراض سوء التغذية ونقص معدلات النمو , إضافة إلى أن ظروف المسكن في هذه الحالة من حيث توفر الظروف الصحية من تهوية وعدد غرف وإمداد بالمياه الصحية وغيرها من الظروف التي لها اثر على صحة الأسرة ومن ثمة المجتمع ككل. [1]

إن نتيجة هذه الظروف الاجتماعية غير الملائمة أساسا للعيش قد يؤثر حتى على الجانب النفسي للفرد , وما لذلك من اثر على صحته بصفة عامة . في هذا السياق كشفت العديد من الأبحاث عن أهمية العامل الوجداني والنفسي في سير المرض وتطوره . باعتبار أن الإنسان وحدة لا تتجزأ تتفاعل في بيئة تحيط بها , فقد نجد بعض الأمراض ناتجة أساسا من اضطرابات نفسية عند الفرد , فكثرة الضغوط والمشاكل قد تتسبب في ارتفاع ضغط الدم مثلا أو اضطرابات في الجهاز الهضمي وكل هذه الأمراض تصاحبها أمراض أخرى كالاكتئاب والقلق وما لذلك من اثر على دينامية المجتمع .[2]

كما رأينا حجم الأسرة وعدد أفرادها له تأثير بالغ وكبير على الاهتمام بالصحة وسرعة اللجوء إلى الخدمات الصحية وعلى طبيعة ونوعية الخدمات المتوخاة , وبذلك فهي تؤثر على مدى انتشار الأمراض ومستوى الصحة عموما .

من العوامل التي قد تؤثر على الصحة أيضا نجد العامل الاقتصادي المتمثل في دخل الأسرة ولمعدل دخل الفرد فيها بالغ الأثر على الاهتمام بالصحة وبتوفر عوامل الصحة الايجابية , كالنظافة واختيار الطعام الكامل المتزن وطلب الخدمة الصحية بالنوعية الجيدة , وما لذلك من علاقة بالعامل الثقافي الذي يحدد نمط الإقبال على إتباع القواعد الصحية الضرورية للوقاية من المرض وبالتالي عدم انتشار الأمراض نجد في هذا السياق الأثر البالغ لطبيعة الأسرة سواء كانت نووية أو ممتدة , واثر ذلك على عملية

---

[1] أمل البكري : **الصحة والسلامة العامة** , دار الفكر للطباعة والنشر : الأردن , ط.3, 2002, ص.96.

[2] محمد سلامة محمد غباري : **ادوار الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي** , المكتب الجامعي الحديث : الإسكندرية , 2003, ص-ص.111-112.

اختيار نوع الخدمات الصحية وعلى الإقبال على الخدمات الصحية العامة أو الخاصة , حيث نجد مثلا انه في الأسرة الممتدة تتاح الفرصة لخدمة المريض أكثر و إعفائه من بعض المسؤوليات.[1]

إن عرض مجمل العوامل السابقة منفصلة في ظل ارتباطها بمتغير الأسرة لا يعني أن

تأثير كل منها يتم على حدا بالنسبة للصحة والمرض وإنما يكون أحيانا مجتمعا في صورة عامل واحد ولكن في صورة أبعاد مختلفة , وقد جاء ذلك أساسا لتوضيح اثر ونتائج هذه الأبعاد على البناء الاجتماعي ككل في إطار نسق الصحة والمرض وما لذلك من تأثير على دينامية المجتمع .

2-3 الطبقة الاجتماعية : إن الطبقة الاجتماعية تمثل المجموعة التي تتميز عن غيرها بالاختلاف سواء في المستوى الاجتماعي والمعيشي الذي يتحدد بعوامل شتى منها الدخل والمستوى العلمي والحسب والنسب وغيرها من الفوارق الموجودة داخل مجتمع واحد .

بالنسبة لعلاقة الطبقة الاجتماعية بالصحة فإنها قد تظهر من خلال توطن بعض الأمراض وتواجدها بين أفراد طبقة اجتماعية معينة دون أخرى , نجد مثلا أمراض معينة تنتشر بين الطبقات الاجتماعية الدنيا وهي الطبقات الأكثر فقرا وحرمانا حيث نلاحظ تواجد أمراض مثل سوء التغذية التيفوئيد وغيرها من الأمراض التي تتركز بين هذه الفئات دون غيرها نظرا لانخفاض مستوى المعيشة وتعرضها المستمر للظروف غير الصحية , إضافة إلى عدم القدرة على الحصول على الخدمات الطبية والصحية وما يرتبط بذلك من وضع الطبقة من مستوى معيشي متدني ودخل قد يكون معدوما .[2]

---

[1] أيمن مزاهره , عصام حمدي الصفدي وآخرون : **علم اجتماع الصحة** , مرجع سبق ذكره , ص-ص.127-128.

[2] حسن عبد الحميد رشوان : **دور المتغيرات الاجتماعية في الطب والأمراض** , المكتب الجامعي الحديث : الإسكندرية ,ط.3, 1999,ص.219.

على هذا النحو جاءت دراسة الأستاذ " J.Allis" حيث عرض من خلالها معدلات الوفيات الناجمة عن كل الأسباب بين السكان البيض في مدينة تكساس , فقد تراوحت المعدلات بين 6.17بالالف بين أعلى طبقة اجتماعيةو9.91 بالألف بين أفراد أدنى طبقة اجتماعية , حيث كانت معدلات الوفيات بسبب الدرن والالتهابات الرئوية وبعض أشكال السرطان وأمراض القلب وغيرها من الأسباب مرتفعة بين أفراد الطبقات

الاجتماعية الدنيا عنها بين الطبقات الاجتماعية العليا . أما بالنسبة للطبقات الاجتماعية الوسطى فغالبا ما تتصف بمعدلات وفيات اقل انخفاضا بسبب أمراض القلب والبول السكري والتهاب الكبد الفيروسي وغيرها[1].

من خلال ما سبق يمكن القول بان اثر المتغيرات السوسيو ثقافية على الصحة يبدو واضحا , وكل ذلك له تأثيره الكلي على المجتمع في جميع مستوياته ومظاهره في إطار علاقة تفاعلية متبادلة تعكس آليات عمل المجتمع في ديناميكيته وتغيره وارتباط ذلك بجميع الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية والثقافية وغيرها من الأنساق المكونة للمجتمع .

إن دراسة علم الاجتماع للصحة أساسا جاء في ظل اعتبارها كبنية اجتماعية تتفاعل بمختلف أنساقها مع البناء الاجتماعي الكلي . أي المجتمع الذي تتحرك فيه كل المعطيات المرتبطة بحركية الإنسان ووجوده أصلا واعتباره أهم الفاعلين في هذه المنظومة المجتمعية .

إذا كان أمر الصحة مرتبطا أساسا بمكانة الفرد في المجتمع والدور المنوط به على جميع المستويات فهذا يعني أهمية الصحة بالنسبة للفرد والمجتمع على حد السواء . فأي خلل وظيفي قد يحدث في البناء الاجتماعي قد يكون له الأثر السلبي على صحة الفرد والعكس صحيح , ولهذا جاءت الأبحاث السوسيولوجية للتأكيد على أهمية دراسة الصحة في ضوء علاقتها بالبناء الاجتماعي وليس مجرد اعتبارها كظاهرة مرتبطة بالبعد الطبي فحسب . هذا ما تم توضيحه من خلال الإشارة ولو بصورة مبسطة إلى اثر المتغيرات

[1] المرجع السابق , ص.221.

السوسيوثقافية على الصحة في ظل العلاقة التبادلية في التأثير والتأثر . إضافة إلى توضيح التصورات المرتبطة أساسا بتفسير مظاهر الصحة والمرض في ظل علاقتها بالمتغيرات المجتمعية في كل أبعادها وعناصرها وما لذلك من علاقة بالخلل الذي قد يكون قائما أساسا في المنظومة المجتمعية على جميع مستوياتها واثر هذا كله على حركية و دينامية المجتمع بكل أبنيته وأنساقه .

هذا ما سنحاول التعرف عليه من خلال الفصل القادم والذي جاء تحت عنوان السياسة التنموية والنظام الصحي في الجزائر , وما إن كان يتميز بمظاهر صحية أم مرضية وعلاقة ذلك كله بالأهداف المسطرة أساسا في ضوء عملية تنموية تسعى إلى النهوض بالمجتمع في كل جوانبه وفي ظل معطيات مرتبطة بخصوصية كل مجتمع .

الفصـــــل الـــرابع : السيـــاســـة التنمويـــة والنظـــام الصحـــي في الجزائـــر

1- الـتجربــة الـتنمويــة فــي الجزائــر

1-1 مسـارات التنميـة والتحـول الاجتماعــي

2-1 التنميـة فـي ظل المتغيـرات الراهنــة

2- السياســة الصحيــة فــي الجزائـــر

1-2 مراحل تطور المنظومة الصحية في الجزائر

2-2 إصــلاحــات المنظومـــة الصحيــة

3-2 واقـــع الصحـــة فــي الجزائــر

لقد عرف المجتمع الجزائري خلال مراحل تاريخية مختلفة جملة من التحولات والأحداث المرتبطة بمجموعة من المتغيرات السياسية والاقتصادية والاجتماعية وغيرها من الأبعاد , التي أثرت على واقع الحال في جميع المستويات ومن جملة هذه الأوضاع نجد التجربة التنموية في بلادنا , والتي أخذت عدة اطر وتوجهات نابعة من جملة الظروف الداخلية والخارجية . إضافة إلى طبيعة المجتمع الجزائري بكل عناصره وما لذلك من نتائج على البناء الاجتماعي ككل.

في ضوء كل هذه المتغيرات نجد مكانة المنظومة الصحية وموقعها في مجتمعنا من خلال أو في إطار التصورات المرتبطة بأهمية الصحة عموما في بناء المجتمع وما لذلك من علاقة بمدخلات ومخرجات العملية التنموية بصفة عامة وأثرها على دينامية المجتمع بصفة خاصة . وهذا ما سنحاول التعرف عليه من خلال عناصر هذا الفصل الذي جاء تحت عنوان السياسة التنموية والنظام الصحي في الجزائر والذي سنتعرف من خلاله على موقع الصحة في البناء الاجتماعي أو النظام الاجتماعي في إطار التوجهات التنموية التي تتبناها الجزائر خاصة في الوقت الراهن وعلاقة ذلك بالفلسفة التنموية السائدة اليوم في إطار نظام عالمي يفرض لغته باسم العولمة.

1- التجربة التنموية في الجزائر

إن المتتبع لحركية المجتمع الجزائري يلاحظ تحولا بنيويا على جميع المستويات, رافق خاصة مرحلة الاستقلال الذي كان حدا فاصلا لتطبيق مخططات تنموية مختلفة وذات مضامين متباينة وهذا ما سنتعرض له في العنصر الموالي .

1-1 مسارات التنمية والتحول الاجتماعي : إن أي تغير يطرأ على نسق من انساق المجتمع لابد أن تمس بشكل أو بأخر بقية الأنساق الأخرى المشكلة لبناء المجتمع مما يؤدي إلى حدوث تحول ملحوظ في مكونات البناء الاجتماعي , ولا شك أن المنهج التنموي الذي تم إتباعه في بلادنا جاء نتيجة لظروف اجتماعية واقتصادية وثقافية محددة. [1]

في هذا السياق يمكن القول أن المجتمع الجزائري تميز بفترتين متباينتين من حيث التوجه السياسي أو الاقتصادي وما ترتب عنه من تحولات على جميع الأصعدة , حيث عرفت الجزائر في العشرية الأولى من الاستقلال السياسي توجها ذات أبعاد اقتصادية واجتماعية وثقافية , ارتبطت فلسفته بالنظام الاشتراكي الذي كان سائدا في تلك الفترة. كان لهذا النظام اثر على جميع المستويات وذلك بإفرازه لأنماط سلوكية معينة ومحددة بقيم كان لها تأثير كبير في توجيه سلوك الأفراد في جميع مناحي الحياة الاقتصادية والاجتماعية وكذا السياسية والثقافية . أما الفترة الممتدة من الثمانينيات إلى اليوم اتسمت بتحول شامل في بنية المجتمع الجزائري , حيث مس التغيير الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية من خلال انتهاج الإصلاحات والمرور إلى نظام اقتصاد السوق[2].

ورثت الجزائر عن العهد الاستعماري هيكلا اقتصاديا رأسماليا يحمل الكثير من التخريب , خاصة عشية الاستقلال حيث خرج حوالي 95% من المستوطنين ورجال

---

[1] Nadji Safir : **Essais d'analyse sociologique (culture et développement)** , T.1,O.P.E , Alger , 1985 ,p.21.

[2] حميد خروف : **سياسة التنمية في الجزائر (رؤية سوسيولوجية)** , دار الهدى : الجزائر ,2002, ص.198.

الأعمال بعد تهريب الأموال وإخلاء خزينة الدولة , وأصبحت بذلك معظم الوحدات الصناعية التحويلية في حالة من العجز عن الإنتاج الذي اصفر عن الملايين من العاطلين عن العمل , هذا إلى جانب النزاع السياسي وانتقال طبقة برجوازية صغيرة إلى مستوي القيادة , الشيء الذي زاد في خلق بعض الفوضى .

في هذه الفترة سعت الجزائر للقيام بتجربة طموحة في التنمية , تمثلت في المرحلة الاشتراكية التي لم تعمر كثيرا لتدخل في نهاية الثمانينات عصر الرأسمالية . في الفترة التالية للاستقلال السياسي عملت الجزائر على التخلص من كل مظاهر التخلف وتغيير الواقع لاجتماعي والاقتصادي تغييرا جذريا , من اجل تحقيق الرخاء والعدالة الاجتماعية إلا أن ذلك لم يتجسد إلا في إطار إستراتيجية الصناعات الثقيلة , وما أعطى دفعة قوية لهذه الإستراتيجية تلك التأمينات التي شهدتها البلاد عندما قامت بتأميم أراضي المعمرين وجميع الأملاك الشاغرة سنة 1963 , وبنك الجزائر 1966 ثم تأميم المناجم وجميع البنوك الأجنبية ورأس المال الأجنبي في ميدان الغاز الطبيعي والمحروقات سنة 1971 . لقد تبلورت هذه الأهداف التي تعكس تطلعات البلاد المعبر عنها في الخطوط العريضة للمشروع الوطني للتنمية بحلول سنة 1980 حيث تم في هذا السياق توسيع القاعدة الصناعية والعمل خاصة من اجل إحداث ما يسمى التوازن الجهوي.[1]

عملت الجزائر في إطار مشروعها التنموي القائم في الأساس على التخطيط باعتباره مبدأ رئيسي وجوهري في الاشتراكية كركيزة تنظيمية لسير عملية التنمية لتأخذ في ذلك من التصنيع وسيلة محورية في تحريك عجلة التنمية وفي جميع القطاعات الأخرى لما توفره لها من وسائل النمو المختلفة . جاءت المخططات التنموية كالمخطط الثلاثي (1967 - 1969) والمخطط الرباعي الأول

(1970 – 1973) و الرباعي الثاني (1974 - 1977) , هذه المخططات التي خصصت مبالغ طائلة لقطاع الصناعة فكان ذلك على حساب القطاعات الأخرى . على

[1] احمد هني : **اقتصاد الجزائر المستقلة** , ديوان المطبوعات الجامعية :الجزائر , 1999 ,ص-ص.31-32.

هذا الأساس جاءت المخططات الخماسية الأول والثاني على التوالي (1980-1984) (1985-1989) من اجل سد ثغرات المخططات السابقة, إلا انه في تلك الأوقات تفاقمت جملة من المشكلات الاجتماعية التي بينت فشل القطاع الصناعي بمفرده في النهوض خاصة بالبنى التحتية التي كانت ضعيفة جدا نتيجة لجملة من الظروف التي أدت إلى عقم التجربة التنموية التي ارتكزت أساسا على الصناعة كمحور أساسي في التنمية مقابل إهمال بقية الجوانب .

جاء هذا الواقع نتيجة لافتقار جميع المخططات المطبقة لطابع الشمولية وارتكاز التنمية على استثمارات الدولة وإهمال تعبئة القطاع الخاص الوطني إلى جانب ضعف التحكم في الإحصاءات الدقيقة عن الموارد الإنتاجية المادية والبشرية خاصة والاهتمام المبالغ فيه بتنمية قطاع المحروقات والاستثمار الصناعي وما جاء به هذا التوجه التنموي من مشكلات على جميع الأصعدة اقتصاديا وخاصة اجتماعيا بتفاقم العديد من المظاهر السلبية كالبطالة والفقر المدقع ونقص التغطية الصحية وغيرها من النتائج التي كانت لها اثر كبير على البنية المجتمعية بأكملها نتيجة قصر النظر وافتقار السياسة التنموية المنتهجة آنذاك لبعد الشمولية والاستدامة.[1]

إن الوضع السابق أدى بالدولة إلى ضرورة البحث عن حلول بديلة من اجل إيجاد توازن في النظام الاجتماعي الذي أصبح يعاني حالة من الخلل الوظيفي نتيجة التراكمات التي أفضت إليها السياسة التنموية وحيدة الجانب في إهمالها لمختلف الأبعاد الاجتماعية خاصة أثناء صياغتها لنموذجها التنموي القائم على اقتصاد استهلاكي في الأساس .

مرت الجزائر في تجربتها التنموية بتحولات ناتجة عن عوامل داخلية وأخرى خارجية

انتهجت من خلالها الدولة عدة إصلاحات متعاقبة , بداية من التسيير الذاتي للمؤسسات وانتهاء بالإصلاحات الهيكلية وجاء كل ذلك ضمن إيديولوجيتين متعاقبتين بدءا

[1] المرجع السابق , ص.33.

بالاشتراكية كنظام اقتصادي واجتماعي وانتهاء بتحول في سياسة الدولة والدخول في اقتصاد السوق الذي اقتضته طبيعة المرحلة في ظل صيرورة من التحول العالمي.[1]

هكذا إذن كانت خياراتنا التنموية تابعة دائما لفلسفات وتصورات تغرس في الغرب فلا تكون بذلك مبنية على أسس صحيحة ترتبط أساسا بخصوصيات مجتمعنا .

2-1 <u>التنمية في ظل المتغيرات الراهنة</u> : تسعى الدول النامية ومن بينها الجزائر إلى اجتياز أسباب التخلف ومحاولة اللحاق بالدول المتقدمة وبالتالي إحداث تغييرات اجتماعية شاملة , لذلك تبنت توجهات تنموية مختلفة عبر عدة مراحل .

إذ يمكن القول أن مختلف السياسات التنموية التي شهدتها الجزائر ركزت خاصة على البعد الاقتصادي أي أنها تنمية اقتصادية لا أكثر , باهتمامها باقتصاد المجتمع الجزائري وليس تنمية المجتمع الجزائري , فبالرغم من أن إستراتيجية التنمية في بلادنا كانت قائمة على مبدأ التكامل بين القطاعات نسبيا في إطار البعد الاقتصادي , إلا أنها عرفت اختلالات وظيفية وبنائية نتيجة عدم القدرة على تحقيق نمو اقتصادي ذاتي , وبقاء الاقتصاد الجزائري مبني على تصدير المحروقات بصورة أساسية واستيراد مقادير متزايدة من البضائع الاستهلاكية بالتالي ظلت التنمية مرهونة بتغيرات في المؤشر الاقتصادي الذي كان ضعيفا في مردود يته إذا لم يكن له الأثر الواضح في تغيير الواقع الاجتماعي بكل أبعاده.[2]

في ظل المعطيات المرتبطة بتغير التوجه العالمي ونظره للتنمية من زاوية أكثر شمولا من خلال ارتباطها بالبناء الاجتماعي والاهتمام المتزايد بالثروة البشرية التي تعد رأسمال لا مادي مهم في معادلة العملية التنموية . فالاهتمام بالفرد كانسان مرتبط أساسا بوجوده التاريخي كمحرك أساسي لتركيبة أي مجتمع هي القضية الأساسية لبديل تنموي

[1] حميد خروف : **<u>سياسة التنمية في الجزائر (رؤية سوسيولوجية)</u>** , مرجع سبق ذكره , ص.203.

[2] المرجع نفسه , ص.202.

يمكن التفكير به في إطار مجتمعي معين وكل ما يتصل بخدمة إنسانية أفراد المجتمع ككل .

في إطار التوجه إلى التأكيد على الاهتمام بالإنسان من خلال دوره في التنمية تعمل الجزائر في السنوات الأخيرة للالتفات إلى هذا الجانب , هذا ما يؤكده الخطاب خاصة السياسي وان كان نظريا حيث يدعو إلى ضرورة الاهتمام بالتنمية البشرية خاصة أن هذا المصطلح قد فرض نفسه في الخطاب الاقتصادي والسياسي على مستوى عالمي , وهذا ما يحتم على الجزائر إحداث تغيير جذري في السياسات التنموية التي تتبعها وذلك من خلال خلق ثقافة التغيير الجذرية , بما يتوافق ورهانات التنمية على المستوى العالمي التي يعتبر الرأسمال البشري ركيزتها الأولى . حيث لا يكفي مجرد الحديث عن أهمية التنمية البشرية في فلسفتها دون تطبيق واقعي , وهذا يتطلب منا فهم واقعنا من جميع النواحي .

في هذا الإطار يقول " جاك بيرغ " بأننا أي نحن مجتمعات غير معروفة " , فكيف لنا رسم سياسات ووضع برامج تنموية لمجتمع لا تعرف متطلباته ولا حتى إمكانية تكيفه مع أي مخططات تنموية وهذا ما يتطلب منا معرفة خصوصية مجتمعنا , من اجل تحيين عوامل وأسباب التخلف فيه من جذورها وكذا معرفة المعوقات التي قد تكون كامنة في البناء الاجتماعي بما قد يعيق تحريك عجلة التنمية وتطوير المجتمع , وهذا لن يتحقق إلا بالايمان بضرورة إيجاد دراسات معمقة عن مجتمعنا في مختلف مستوياته وفهم الصيرورة التاريخية للتغير , والخلل البنيوي في المجتمع و تحديد

مواطن المرض فيه , وهذا ما يمكننا من إرساء ثقافة تغيير هادفة وفقا لمعادلة تنموية مبنية على معطيات موضوعية مرتبطة حقا بخصوصياتنا وذلك من اجل تحقيق الرقي والتقدم في كل المجالات والميادين من خلال الاعتماد على الذات. فنحن بحاجة إلى سياسة تنمية شاملة تتفاعل مع السياق الاجتماعي دون أن ننسى دور العولمة والتي عملت على توحيد القيم العالمية و خصوصا تلك المرتبطة بمتطلبات التنمية البشرية

وتحقيق التوافق حول ضرورة النهوض بالإنسان ومتطلباته , على اعتبار أن هذا الأخير هو محور العملية التنموية ومحركها الأساسي , إذن فهو العامل الحاسم في أي مشروع تنموي مهما كان شكله ومضمونه . هذا ما يجب أن نفهمه من خلال واقعنا بكل معطياته .

إن الأخذ بالفلسفة العامة للتنمية البشرية مثلا وأهميتها لا يمكن أن نغفل فيها خصوصياتنا والتي تحدد مدخلات ومخرجات التنمية وعلاقة ذلك وأثره على البناء الاجتماعي . من هذا المنطلق سنحاول التعرف على واقع وحال المنظومة الصحية في بلادنا وذلك في إطار علاقة الصحة بمنظور التنمية البشرية وأهميتها على مجمل مخرجات التنمية ككل.

2- **السياسة الصحية في الجزائر**

لمعرفة واقع الصحة في مجتمعنا لابد من التعرف أولا على المعطيات المرتبطة بهذا الواقع , وهذا من خلال التطرق للمراحل التي مرت بها المنظومة الصحية في بلادنا في ظل جملة الظروف والمتغيرات المجتمعية المتباينة , وعلاقة ذلك بالبناء الاجتماعي الذي تتفاعل مختلف عناصره في إطار واقع تحدده خصائص هذا البناء.

2-1 مراحل تطور المنظومة الصحية في الجزائر: تميزت المنظومة الصحية أثناء فترة الاحتلال الفرنسي للجزائر بأوضاع صحية جد متردية بالنسبة للمواطنين

الجزائريين الذين اعتبروا دائما مواطنين من الدرجة الثانية , حيث كانت الصحة آنذاك موجهة فقط لخدمة المعمرين الأوروبيين والجيش الفرنسي ولم ينل منها الجزائريين شيئا , حيث كانت مستشفيات خاصة عسكرية موزعة في المدن الكبرى . بالتالي فان البنية الاستشفائية في العهد الاستعماري كانت موضوعة أساسا لخدمة

الأوروبيين الذين كانوا يمثلون ¾ منهم يقيمون بالعواصم (الجزائر وهران , عنابه , قسنطينة, سكيكدة ...) وحوالي 90% منهم لم يكونوا من المعوزين[1] .

إن المرحلة التي وافقت الاستقلال من (1962- 1972) تميزت برحيل جماعي للإطارات الطبية , 2500اطار و630 طبيب إضافة إلى نقص الهياكل الصحية والتي كان القليل منها متمركزا شمال البلاد فكانت الجهود موجهة آنذاك إلى إعادة البنية الطبية التي خلفها الاستعمار وتوسيعها نظرا لما كانت تعانيه عشية الاستقلال حيث أن الهياكل الموجودة كانت دون عمال (إداريين وتقنيين) ولمواجهة ذلك لجأت الجزائر إلى مساعدة إطارات من بلدان مختلفة (بلغاريا , رومانيا , الصين وروسيا) . والى تكوين أطباء جزائريين حيث كانوا في " 1962" 342 طبيب فقط كما وضعت البرامج الأولى لمحاربة الأمراض المعدية (الحصبة , السل والكوليرا...) والتي كانت تعكس المستوى الصحي للسكان حيث كان يموت 150 طفل من كل 1000 طفل سنة1962 [2].

هذا يعكس بان المنظومة الصحية في الجزائر ما زالت في طور التكوين مع ضرورة التماشي مع المتغيرات والتحولات الاجتماعية الحاصلة , في ظل تزايد حاجات أفراد المجتمع خاصة للرعاية الصحية الشاملة . تم إقرار العلاج المجاني سنة

1973 , وقد تميزت الفترة الممتدة من (1973-1983) بالعمل على إنشاء المزيد من الهياكل الصحية , وإصلاح التعليم الطبي إضافة إلى تجهيز مرافق صحية جديدة وذلك في إطار ما يسمى بالقطاع الصحي آنذاك "1974", الذي تزامن مع بداية تنفيذ قانون الطب المجاني الذي جاء من اجل العدالة الاجتماعية و توفير الخدمات الطبية للجميع

لكن ومع كل هذه المجهودات المبذولة من اجل تحسين الحالة الصحية للمواطن

[1] محمد رضا بلمختار : **نسق العلاج وعقلانية الفاعلين ضمنه (دراسة حالة مصلحة طبية متخصصة بالمركب ألاستشفائي الجامعي – سعد حساني – بني مسوس ومستوصفان ملحقان بها)** , رسالة ماجستير غير منشورة ,إشراف الأستاذة : كلودين شولي , جامعة الجزائر , معهد علم الاجتماع ,1990-1991, ص.87.

[2] LES ambitions de la sante publique en Algérie : guide économique et social , A.N.E.P ,Alger,1987,p.294.

سجلت الكثير من النقائص حيث بقيت التغطية الصحية غير كافية إذ سجلت الجزائر عام 1980 بمعدل متوسط عيادة متعددة الخدمات لكل 100 ألف ساكن , إضافة إلى استمرار اللاتوازن الجهوي بين المدينة والريف حيث نجد طبيب واحد لكل 7800نسمة في الريف مقابل طبيب لكل 1100ساكن في الجزائر إضافة إلى تراجع إسهامات الدولة في مجال الصحة التي لم يكن فيها الاهتمام بالقدر الكافي , إذ قدرت إسهاماتها سنة 1965ب 11% ثم نجدها سنة 1974قدرت ب7% فقط والذي يعد ضئيلا مقارنة بالأوضاع خاصة الاجتماعية التي كانت متدنية آنذاك ولم يحقق البناء الاجتماعي الاستقرار المطلوب في جميع أنساقه .[1]

عموما في هذه المرحلة وجهت الدولة مصادر تمويلها إلى قطاع الإنتاج الاقتصادي المباشر على حساب الجوانب الاجتماعية وهذا ما تم ذكره في العنصر السابق والمتعلق بالتوجهات التنموية في الجزائر , وذلك على أساس تصور قائم على أن التغيرات الاقتصادية التي سيأتي بها التصنيع ستحل المشاكل المطروحة في المجالات الأخرى , في هذا السياق قال وزير الصحة آنذاك أن " التطور الاقتصادي سيؤدي حتما إلى تطور الحالة الصحية للسكان ".[2]

تميزت المرحلة من(1983-1993) بإنشاء هياكل قاعدية وتجهيزها ووضع القواعد التنظيمية لتسييرها وكل هذا جاء في إطار تحولات ديموغرافية وسوسيو اقتصادية و وبائية مثل ظهور وانتشار أمراض Zoonoses وارتفاع في نسبة الأمراض المزمنة نظرا لعوامل تمثلت خاصة في انعدام النظافة العمومية وتدهور شروط الحياة منها السكنية وتوسع جيوب الفقر وأنماط التغذية السيئة بين الطبقات الدنيا خاصة .

أما فيما يخص العوامل الديموغرافية فنجد أن 60% من السكان هم من فئة الشباب في مقابل انخفاض نسب الشيخوخة , وكذا تزايد في نسبة النزوح الريفي . كل هذه

---

[1] محمد رضا بلمختار **: نسق العلاج وعقلانية الفاعلين ضمنه** , مرجع سبق ذكره , ص-ص.75-78.

[2] المرجع السابق , ص.96.

المتغيرات أدت أو ساهمت في عدم تحسين الحالة الصحية للسكان وأفراد المجتمع أما العوامل السوسيواقتصلادية التي برزت في هذه المرحلة, فنجد خاصة هبوط الدخل وتدني مستويات المعيشة وعدم كفاية الإنتاج إضافة إلى عدم القدرة على الانجاز والتأخر في قطاعات اجتماعية , كالتشغيل والسكن . كل هذه المتغيرات أدت في سياق محدد إلى عدم قدرة القطاع الصحي على تغطية حاجات المواطنين خاصة في ظل الزيادة الكبيرة في تكلفة الدواء وارتفاع تكلفة التجهيز عموما.[1]

إن تقييم نتائج السياسة التنموية بصفة عامة والصحة في ذلك بصفة خاصة في الجزائر يوضح لنا التوجه العام لهذه السياسة التي ركزت في اغلب مراحلها على البعد الاقتصادي وإهمالها للجوانب الأخرى .

في مجال الصحة خصوصا نلاحظ استمرارا لتراجع الدولة في نسبة مساهمتها في الإنفاق على القطاع الصحي , فمبدأ العلاج المجاني لم يستطع الحد من تبعية المنظومة العلاجية للخارج , ذلك في ظل غياب منظور تكاملي في المخططات التنموية , التي أهملت في كثير من الأحيان أهمية الصحة بالنسبة لأفراد المجتمع باعتبارها دعامة أساسية مساهمة في بناء المجتمع .

2-2 إصلاحات المنظومة الصحية : عام 2003 تم تقديم مسودة قانون متعلقة بالصحة في الجزائر , و جاء ذلك على غرار قانون 1985 والمتعلق بحماية وترقية الصحة من اجل العمل على تحقيق التوازن الجهوي في إطار تخطيط صحي محكم .

حاولت الحكومة الجزائرية مؤخرا في إطار المنظومة الصحية العمل على توزيع عادل للموارد من اجل تغطية احتياجات أفراد المجتمع في كل ربوع الوطن فبعد أن كانت المنظومة الصحية قائمة على أساس قطاع صحي عمومي وخاص أصبحت اليوم

---

[1] Dameche M.N, Frihaa : **Système sanitaire en Algérie entre réalités et perspective** , A.N.E.P , Alger,2004 ,p-p.32-33.

وفقا للتقسيمات الجديدة تضم مؤسسات الصحة العمومية الاستشفائية والمتخصصة وكذا الجوارية في مقابل المؤسسات الخاصة وهذا في إطار تقريب الصحة للمواطن .[1]

إذا كان الهدف من ضمان الحق في الصحة لكل فرد من أفراد المجتمع , وهذا ما نجده في قوانيننا المؤسساتية فيجب علينا انطلاقا من هذا المنظور توفير جملة الشروط التي تمكننا من الوصول إلى هذا الهدف , حتى يكون شيئا ملموسا وذلك من خلال وضع سياسة صحية ترتكز في الأساس على التعرف وتحديد المشاكل التي تعاني منها الصحة في مجتمعنا , من اجل تحسين مستوى الصحة خاصة أنها توصف في كثير من الأحيان بالمريضة .

هذا الطرح الأخير لا نجده في مضمون وروح القوانين المتعلقة بالصحة والتي لا تحدد المحاور الكبرى لتوجهاتها فيما يخص السياسة الصحية , بل تطرح مجرد إجراءات وقواعد تنظيمية للمحافظة على منظومة صحية ممثلة لمجرد هياكل ومؤسسات للصحة العمومية .[2]

بالرغم من أن المنظومة الصحية في الجزائر قائمة أساسا على مجانية العلاج الذي اقره دستور1976 ثم كرسه دستور 1996 فلكل فرد جزائري الحق في الحفاظ على صحته , إلا أن ذلك لم يترجم فعليا من خلال ما يلاحظ من سوء في التسيير والتنظيم وسوء المعاملة للمريض , وما يدعم هذا الوضع الظروف الاجتماعية الصعبة وتدني مستوى المعيشة بالنسبة لمستخدمي الصحة . مما انعكس سلبا على الخدمات المقدمة مع تزايد الوضع الصحي خطورة من خلال انتشار بعض الأمراض , حيث نجد أن أمراض القلب اليوم تمثل أولى أسباب الوفيات في الجزائر . هذا يتطلب تكفل خاص بهذه الفئات , ونظرا لعدم توفر الإمكانات سواء فيما تعلق بالأطباء المختصين في هذا المجال أو غيره وكذا نقص في الطاقم الشبه الطبي المتخصص في العناية بمثل هذا النوع من الحالات

[1] PNUD : **rapport sur le développement humain**, base de données pays OMS , 2006 , p.13.

[2] Slimane Abdelkrim : **lois de sante publique en Algérie et en France,** la revu sante publique , 2004, N°44, p.64.

الحساسة , إضافة إلى نقص العتاد الطبي وما شابه ذلك مما يضطرنا إلى نقل مثل هذه الحالات إلى العلاج في الخارج [1].

بالرغم من المجهودات المبذولة في هذا الإطار من اجل تحسين الوضعية الصحية في مجتمعنا , إلا أن ذلك لم يجد الرضا من أفراد المجتمع الذين نلاحظ تذمرهم من كل الجهات وفي مواقف عديدة فيما يخص مثلا طريقة المعاملة ونقص الإمكانات المادية والبشرية وغيرها من المشاكل التي يعانيها الفرد كمقابل يدفعه من اجل المحافظة على صحته.

هناك من يرى انه من بين العوامل التي ساعدت على استمرار ذلك الوضع نجد مايلي :

- التركيبة البنيوية للصحة والتي تعتبر نسقا مغلقا.

- عدم قدرة الهياكل الصحية على التكفل باحتياجات المواطنين .

- سوء التوزيع فيما يخص الموارد البشرية وحتى المادية والمالية .

- عدم وجود قواعد تنظيمية تحكم عمل الهياكل الاستشفائية .

- عدم وجود قواعد تنظم صيانة العتاد الطبي الذي نجد أن منه 30% تقريبا معطل إضافة إلى غياب المراقبة والمتابعة.

- حراك اجتماعي للإطارات الطبية من القطاع العام إلى الخاص.[2]

تبقى هذه النقائص وأخرى مسجلة في مجال الصحة في مجتمعنا بالرغم من المؤتمرات واللقاءات العالمية التي جاءت في إطار إعادة النظر في المنظومة الصحية , التي اصطدمت وما تزال تصطدم بالإرادة السياسية التي لا تريد التغيير ويتمظهر ذلك من

[1] Djamila Kourta : **politique nationale de sante en Algérie** , forum de Tamanrasset , 6-6-2010 , p.13.

[2] Dameche M.N, Frihaa : **système sanitaire en Algérie** , OP cite ,p.40.

خلال مايلي: - عدم توجيه الإنفاق الحكومي نحو الصحة العلاجية والوقائية , إلا في حين ظهور بعض الأمراض , التي اقل ما يقال عنها أنها أمراض خطيرة وما لذلك من آثار سوسيو اقتصادية .

- عدم وجود تنسيق بين مختلف القطاعات بما يخدم صحة أفراد المجتمع .

- الافتقار إلى قاعدة بيانات مشخصة للواقع في جميع جوانبه , مما قد يساعد على وضع السياسات والبرامج التنموية اللازمة والملائمة لخصوصية مجتمعنا .

- عدم تنويع مصادر التمويل إضافة إلى عدم التجانس بين الخدمات المقدمة في القطاع العام والخاص , وغياب التنسيق بين القطاعين في ظل انسحاب الدولة لحساب الخواص . وما لذلك من نتائج على صحة الطبقات الدنيا والهشة في المجتمع , التي تحكمها المصلحة والربح السريع على حساب صحة الأفراد والجماعات .

- العمل في إطار تقلب للوضعية الاقتصادية (حسب سعر البترول) وبالتالي فان الظرف الاقتصادي عموما هو الذي يحدد السياسة التنموية في كل المجالات حيث تتعدى ذلك إلى التحكم في صحة الإنسان , في ظل غياب نظرة صحية لأهمية العامل البشري في بناء مجتمعه بعيدا عن الاعتبار المادي[1] .

إن النهوض بالوضعية الصحية في مجتمعنا يتطلب تركيز الإستراتيجية الصحية على مفهوم الصحة وليس المرض , أي الاهتمام بالجانب الوقائي قبل الوصول إلى البعد العلاجي . هذا يعني التوجه نحو الرعاية الصحية الأولية ورفع كفاءة النظم الصحية ضمن نظام اجتماعي محدد, ويحتاج كل ذلك إلى دراسة الصحة في علاقتها بالبناء الاجتماعي وليس بمعزل عنه . باعتبارها أي الصحة بنية اجتماعية تتفاعل مع نسق اجتماعي عام , بالتالي معرفة كل الأبعاد التي بإمكانها التأثير على صحة أفراد المجتمع وبالتالي عرقلة عجلة التنمية فيه .

[1] المرجع السابق , ص. 84.

3-2 واقع الصحة في الجزائر:

سنحاول في هذا العنصر إلقاء الضوء على موقع الجزائر من كل التحولات العالمية في مجال الصحة موضوع الدراسة , وأين وصلت مجهوداتها من خلال مختلف البرامج التنموية المسطرة خاصة المتعلقة بصحة أفراد المجتمع .

شهد القرن العشرين انجازات لم يسبق لها مثيل في مجال تحسين صحة الناس في كثير من البلدان , حيث شهدنا انجازات هامة في مجال الصحة على المستوى العالمي , مثل تخفيض معدلات الوفيات وسوء التغذية لدى الأطفال كما كان هناك العديد من الابتكارات والتكنولوجيا في مجال الصحة .

مع كل ذلك ما زال هناك فرق شاسع كما هو الحال دوما بين البلدان المتقدمة والبلدان النامية في مختلف المجالات ومنها مجال الصحة . فأين الجزائر من كل هذا التغير الحاصل في العالم ؟

إن التوجه نحو تحسين مستويات الصحة أصبح خيارا عالميا , وهذا ما تفرضه بعض الهيئات العالمية على الدول التي تخلفت عن الركب وذلك بضرورة إيجاد أنظمة صحية منظمة تنظيما جيدا . فغالبا ما يكون هناك ارتباط وثيق بين اعتلال الصحة والفقر وركود الأفاق التنموية سواء في البعد الاقتصادي أو الاجتماعي , حيث تشير الشواهد والأدلة الواضحة في بلدان العالم النامي إلى ضعف الأنظمة الصحية الذي يشكل عقبة أمام تحسين الحالة الصحية لمواطني هذه البلدان.[1]

تشير الإحصاءات إلى أن الأمراض المعدية التي يمكن الوقاية منها تتسبب كل عام في موت حوالي 11 مليون طفل في بلدان العلم النامي , فالمالاريا مثلا تقتل طفلا كل 30 ثانية في كل مكان في العالم كما تموت أكثر من 500 ألف امرأة أثناء الحمل

---

[1] البنك الدولي للنشاء والتعمير : **التنمية الصحية (إستراتيجية البنك الدولي لتحقيق نتائج في مجال الصحة والتغذية والسكان)** , نيويورك , 2008, ص.3.

والوضع سنويا . حتى مرض السل (الدرن) وهو مرض يمكن معالجته والشفاء منه يتسبب في وفاة 1.7 مليون شخص سنويا[1].

يرتبط هذا الوضع الذي تشهده البلدان النامية ومنها الجزائر بالعديد من العوامل فقد كشفت تقارير للبنك الدولي تدني الخدمات الصحية في الجزائر , مقابل تكفل العائلات الجزائرية بمصاريف العلاج بنسبة 95% , حيث نجد أن 6.50% من مصاريف الرعاية الصحية تقع على عاتق المواطن البسيط . مما يعني اعتماد الأسرة الجزائرية على ميزانيتها الخاصة في الإنفاق الصحي . بعيدا عن الميزانيات التي تقول الدولة أنها ترصدها سنويا لدعم الخدمات الصحية لدى شرائح واسعة من ذوي الدخل المتوسط والضعيف . كما أفاد التقرير بان عائلات في البلدان ذات الدخل المتوسط كما هو الحال بالنسبة للجزائر معرضة للمخاطر لان قدرتها الشرائية محدودة . مع استمرار التكلفة الصحية بالتصاعد كنتيجة للتوسع في سياسات السوق . وهي سياسات لا تأخذ في الحسبان مستويات الدخل بين مختلف الفئات [2].

في سياق متصل ذكرت منظمة الصحة العالمية أن حجم إنفاق الفرد الجزائري على الصحة من ميزانيته في ارتفاع مستمر . في مقابل ارتفاع حجم الإنفاق على المستوى الحكومي .حيث وصل إلى نسبة 9%سنة 2009 مقارنة بالمعدل العالمي الذي يقدر ب 10.2% . إلا أن هذا المعدل يبقى غير كاف من حيث مستويات التمويل . فالبلدان المنتجة للنفط ومنها الجزائر وبالرغم من استثمارها لمبالغ مالية ضخمة إلا أن تلك الأرقام لم تترجم نفسها كتغطية صحية منصفة وعادلة لجميع السكان [3].

خلصت دراسة حديثة لخبراء من جامعة "شاربوك" الكندية بالتنسيق مع المنظمة العالمية للصحة مسحت مستشفيات ومؤسسات المنظومة الصحية بدول المغرب العربي

---

[1] المرجع نفسه , ص.1.

[2] www.elbiladonline.net / voir le 5 - 04 -2010 .

[3] المرجع نفسه.

إلى أن الجزائر الأسوأ من حيث التغطية الصحية مقارنة بالجارتين تونس والمغرب رغم أنها الأكثر إنفاقا على قطاع الصحة[1].

في هذا الإطار يتحدث الكثير من المحللين والمختصين في مجال الصحة في بلادنا عن قلة اهتمام الدولة بالصحة , هذا المجال الذي يعتبر حيويا في أي مجتمع . حيث يتراوح حسبهم الإنفاق الحكومي على الصحة بين 2 و5% من الناتج الإجمالي في أحسن الأحوال . فالدولة تنفق 10 دولارات على كل فرد كرعاية صحية فيما تنفق الدول المتقدمة 16 ألف دولار على الفرد الواحد .

إن هذا المؤشر قد يوضح لنا التباين الكبير بين مستوى الصحة في الدول المتقدمة مقارنة بالدول النامية . وبالتالي يمكن القول بان واقع الصحة في مجتمعنا مازال يعرف الكثير من النقائص والاختلالات . حيث نسجل تفاقم بعض الحالات المرضية وتزايد انتشارها . إذ نجد مثلا أن مرض السرطان في الجزائر أصبح مشكلة ملفتة للنظر كون الإحصائيات تشير إلى أن هناك 30 ألف حالة في الجزائر تسجل سنويا يموت منها40 % لقلة التوعية بأسباب هذا المرض وطرق الوقاية منه [2].

إن وضع حقوق الإنسان في الجزائر مرهون بالنقائص التي تشهدها قطاعات حساسة

في المجتمع . خاصة منها الصحة بسبب الإهمال والنقائص التي تعتريها , حيث تعاني الصحة من التأخر في الخدمات التي لا تضمن الخدمات الإنسانية للمواطنين , ومازال قطاع الصحة في مجتمعنا يسير بطرقة شبه مشلولة نظرا لنقص التسيير وغياب إرادة جادة للنهوض بهذا القطاع الحيوي , وذلك في ظل غياب التنسيق بين مختلف الجهات المسئولة عن الصحة والتي تعتبر مسئولية الجميع , وهذا ما جاء على لسان "فاروق قسنطيني" رئيس الهيئة الوطنية الاستشارية لترقية حقوق الإنسان في الجزائر . حيث

[1] www.oujdacity.net/national-article المنظومة " مقال تحت عنوان الصحية في الجزائر الاسوا في المغرب العربي

[2] www. al-fadjr.com/ voir le 3-1-2011.

أكد على أن تدهور الوضع الصحي في الجزائر نتيجة لجملة من الظروف والعوامل من شانه عرقلة النهوض بمجال حقوق الإنسان في الجزائر ومن ثمة عرقلة مسار التنمية الشاملة للمجتمع[1].

بالرغم من الإصلاحات التي عرفتها المنظومة الصحية في الجزائر , لم تعرف الصحة تطورا بالقدر المطلوب , حيث لم يكن لذلك نتائج ملموسة وفي هذا الإطار كشفت الاتحادية الوطنية لمستخدمي الصحة العمومية عن جملة من المشاكل والاختلالات التي تؤثر على مستوى الصحة في مجتمعنا من خلال التأثير على السير الحسن للمرفق الصحي العام وكذا تراجع مستواه الخدماتي وعدم رضا المواطنين على أساليب العلاج ونوعيته . ودعت في ذلك السلطات العليا في البلاد إلى ضرورة التدخل

لتنظيم ملتقيات تقييميه لتصحيح الاختلالات التي تعاني منها الصحة . حيث يدفع المواطن فاتورة قطاع مريض , هكذا جاء في احد المقالات المنشورة في جريدة وطنية حول تردي الوضع الصحي وصحة الجزائريين , في ظل تباين سياسات تسيير القطاع وعدم استقرارها خاصة خلال الفترات الأخيرة .

ما عمق من كارثية المنظومة الصحية في الجزائر تزايد موجة الاحتجاجات التي

مست ممثلي القطاع الصحي من أطباء ومستخدمين ومطالبتهم بتحسين ظروفهم السوسيو مهنية خاصة وأنهم يعتبرون حجر الزاوية في أي منظومة صحية [2].

إن الملاحظ لجملة الاحتجاجات التي مست قطاع الصحة خاصة في السنوات الأخيرة قد يدرك مدى الخلل الذي أصاب المنظومة الصحية , واثر ذلك على واقع الصحة في مجتمعنا , وذلك انطلاقا من سوء التسيير وعدم وجود نظرة استشرافية تضع أمامها أولوية الصحة وأهميتها في بناء المجتمع , وذلك من خلال العمل على توفير مختلف

---

[1] مقال تحت عنوان "**واقع الصحة المزرى يعوق الجزائر للتقدم فى مجال حقوق الإنسان**" .www.echoroukonline.com

[2] مقال تحت عنوان "**تقرير اسود يفضح الوضع الكارثى لمستشفيات الوطن**" www.echoroukonline.com

الظروف المناسبة التي من شانها إعادة ترتيب المعطيات بما يتماشى والواقع الذي نعيشه وهذا يتطلب منا الإجابة على العديد من الرهانات والتحديات التي تواجهها المنظومة الصحية في بلادنا .

الفصــــــل الخـــامس : واقـــــع الصحـــــــة والمـــرض في مدينـــــــة " تبســـــة "

1- الصحـــة وظـروف المـعيشـة

1-1 الـتركيبــة الاجتمـاعيـة

2-1 التــغذيــة والدخـــل

2- واقــع المـرض في مدينة " تبسـة "

1-2 الأمـــراض وطبيعتـــها

2-2 الأمـراض بين العوامـل والمسببـات

1- الصحة و ظروف المعيشة

إن محاولتنا في دراسة الصحة وتحديد مستوياتها بالنسبة للفرد والمجتمع لا يجب أن تقتصر على البعد الطبي كما قلنا سابقا , وذلك على اعتبار أن الصحة في حد ذاتها تمثل بنية اجتماعية تتفاعل في مختلف جوانبها مع كل الأبعاد الاقتصادية والثقافية وكذا الاجتماعية , والتي تمثل مجموعة الأنظمة المشكلة للبناء الاجتماعي الكلي المتساند وظيفيا من خلال جملة الوظائف التي تحدد في إطار تفاعل مختلف أنساقه خصائص البنية الاجتماعية والنظام الاجتماعي الذي يعكس مجمل العمليات التي تتم في إطاره .

من هذا المنطلق لا يمكن أن نفهم الصحة إلا في سياق اجتماعي معين , وهذا ما حاولنا استقراءه من خلال دراستنا الميدانية , فمعرفة المحددات المرتبطة ببعد الصحة في إطار علاقتها وتفاعلها مع البناء الاجتماعي الذي تمثل الصحة احد مكوناته وأنساقه, قد يمكننا من وضع تصور متكامل عن أهمية الصحة في المجتمع في علاقتها بمختلف الأبعاد والمتغيرات . فالصحة ليست فقط الجانب الطبي بل كما قلنا ترتبط بمحددات سوسيو اقتصادية وثقافية , لارتباطها أساسا بالبناء الاجتماعي فهي نتاج له وصورة عنه تؤثر وتتأثر به .

إن المستوى الصحي للفرد والمجتمع هو نتاج تفاعل عدة عوامل تعمل متداخلة أي انه محصلة عدة عوامل تعمل مشتركة , وهذا ما سنحاول توضيحه من خلال العنصر الموالي.

1-1 التركيبة الاجتماعية : إن التركيبة الاجتماعية لأي مجتمع تتعلق خاصة بطبيعة الأسر فيها , وما لذلك من جملة المحددات التي تؤثر وتتأثر بخصائص البناء الاجتماعي ككل . في ذلك انعكاسها على تحديد مستوى الصحة بالنسبة للفرد والمجتمع المنطلق في هذا معرفة العلاقة التفاعلية المتبادلة بين العوامل الاجتماعية , واثر ذلك وانعكاسه على وضع معين بما فيها الصحة بأبعادها المتعددة .

إن طبيعة الأسرة كانت نووية أو ممتدة لها دلالة سوسيولوجية , من زاوية أن تركيبة المجتمع من الناحية البنائية عرف تطورا ضمن سياق جملة العديد من المتغيرات التي مست هذه البنية , وما يمكن ملاحظته في هذا الجانب التطور الحاصل فيما يخص طبيعة الأسرة في مجتمعنا , وانكماشها في نسق مغلق نوعا ما . على عكس ما كانت عليه في مراحل سابقة . حيث نجد أن الأسرة الممتدة هي الطبيعة السائدة في المجتمع وما يرتبط بذلك من جملة الخصوصيات الثقافية والتاريخية وكذا الاجتماعية وغيرها من العوامل والظروف المحددة لهذه الخصوصية في علاقتها بالبناء الاجتماعي.

المجموع	عدد العاملين في الأسرة			مدا خيل الأسرة		
	3-4	1-2	لا يوجد			
6	1	3	2	نووية	نوع الأسرة	ضعيفة
1	0	1	0	ممتدة		
7	1	4	2		المجموع	
41	4	36	1	نووية	نوع الأسرة	متوسطة
14	1	12	1	ممتدة		
55	5	48	2		المجموع	
11	3	8	0	نووية	نوع الأسرة	جيدة
7	3	4	0	ممتدة		
18	6	12	0		المجموع	

جدول رقم 01 : يوضح العلاقة بين نوع الأسرة و مدا خيلها وعدد العاملين فيها .

بالرغم من أن أغلبية اسر المبحوثين في دراستنا هي اسر ذات طبيعة نووية وقد يعني هذا صغر حجم الأسرة نوعا ما مقارنة بالأسرة الممتدة , هذا ما قد يعكس صورا ومظاهر لمستوى معيشتها وما يرتبط في هذا من القدرة على التحكم في ميزانية الأسرة في شقها الاقتصادي وتغطية أفضل بالنسبة لمختلف الاحتياجات.

أما فيما يتعلق ببعد الصحة قد نجد أن الأسرة التي تتكون من عدد أفراد اقل قد تتمتع بأفضلية القدرة على الاهتمام بأفرادها من خلال توفير مصاريف العلاج مثلا , أو

الاعتماد على القواعد الوقائية بمختلف أساليبها ووسائلها , إضافة إلى القدرة على المفاضلة واختيار نوعية الخدمات الصحية المطلوبة , خاصة في ظل القدرة على تغطية مصاريف المؤسسات الخاصة ولو بصورة نسبية مقارنة بالأوضاع المعيشية للأسرة الممتدة , والتي يتحتم عليها في اغلب الأحيان اللجوء أو التوجه إلى مؤسسات الصحة العمومية , نظرا لكثرة أعباء المرض وعدم القدرة على تحمله خاصة مع انخفاض مستوى المعيشة .

إلا أن ذلك لا يمثل العامل الأهم في تحديد مستويات الصحة بالنسبة للمواطنين المبحوثين في دراستنا , فالبر غم من أن نسبة كبيرة من اسر المبحوثين يتراوح عدد العاملين فيها من عامل واحد إلى أربعة عمال , مما قد يعطي صورة عن توفر دخل كبير بالنسبة للأسرة , إلا أن ذلك لم ينعكس على تحسين المستوى المعيشي , وقد نفسر ذلك بغلاء المعيشة وكذا تزايد متطلبات الحياة إضافة إلى عامل المتغيرات السوسيو اقتصادية ,التي أثرت على نمط المعيشة وأفرزت الكثير من الاحتياجات التي كانت تبدو في وقت مضى من الكماليات , إلا أنها أصبحت تعد اليوم في ظل مجتمع الاستهلاك من الضروريات والأساسيات أيضا وذلك في مقابل تذبذب سلم الأولويات ومنها ضرورة الاهتمام بالصحة , وما لذلك من اثر على صحة الفرد والمجتمع لكن ذلك قد يفسر بعدم القدرة وفي اغلب الأحيان على تحمل مصاريف وأعباء المحافظة على الصحة . حتى بإيجاد وإتباع الأساليب الوقائية في ذلك . منها ضرورة توفير الظروف الملائمة للسكن مثلا وما يقتضيه من توفر الحد الأدنى من التهوية والنظافة وغيرها من المتغيرات المرتبطة بجانب المستوى المعيشي ومحددات هذا الوضع . حيث لاحظنا ارتباط كبير ووثيق بين هذه المتغيرات في علاقتها بالصحة وإمكانية تحسين مستوياتها في المجتمع .

إن تحقيق الصحة للجميع يمثل حقا من حقوق الإنسان لكن في كثير من الأحيان نغفل أهمية بعض العوامل والشروط التي يجب توفيرها من اجل الوصول لتحقيق هذا الهدف أو على الأقل بداية الحديث عن إمكانية تحقيقه , في ظل توفر القاعدة البنائية لذلك باعتبارها مخرجا من مخرجات التنمية .

من الشروط الواجب توفرها ليعيش الفرد حياة صحية , والتي ترتبط أساسا بمستوى المعيشة ما يتعلق بالسكن والظروف المحيطة به. سواء كانت فيزيقية أو مادية نلمسها من خلال البيئة المحيطة بالسكن , والتي لها اثر كبير على صحة الإنسان . وظروف الإسكان هي أيضا تتأثر بعدة عوامل منها البعد السوسيو اقتصادي والثقافي أيضا وغيرها من الأبعاد الأخرى.

إن انخفاض مستوى المعيشة والذي يرتبط في جزء منه بمؤشر الدخل , يؤثر على الشروط اللازم توفيرها في مسكن صحي فيه من شروط التهوية والنظافة وعدد الغرف وغيرها من الظروف التي قد تؤثر على صحة الإنسان . فانعدام التهوية مثلا قد يؤدي إلى حدوث أمراض ترتبط بنقص الأكسجين في الفضاء الذي يعيش فيه الفرد . مثل أمراض الرئتين .إضافة إلى أن عيش الفرد في حيز مغلق وصغير مع قلة عدد الغرف وما يترتب عنه من اكتظاظ في المسكن له أيضا أثاره على صحة الفرد, وما لذلك من انعكاس على القدرة في إتباع بعض القواعد الوقائية , وإمكانية حدوث العدوى في حالات المرض وغيرها .

يمكن القول أن محددات هذا الوضع لا تتصل فقط بالجانب المادي والاقتصادي بل تتعداها إلى البعد الثقافي , وقد يظهر ذلك من خلال قلة الوعي بأهمية توفير الشروط المذكورة سابقا في أي سكن .باعتباره المحيط الذي يعيش فيه ويتفاعل مع ما يحيط به من ظروف ولا ننسى في ذلك المحيط الخارجي للسكن حيث عبر اغلب المبحوثين عن استيائهم من الظروف المحيطة بمنازلهم . خاصة فيما تعلق بحالة قنوات

صرف المياه وتلوث البيئة التي يتقاسم مسؤوليتها الجميع . خاصة مع كثرة الأمراض التي قد تنشا في ظل مثل هذه الظروف المساعدة على تنامي الأمراض المعدية والمتنقلة عبر المياه .

إن الملاحظ انه لم يساعد المبحوثين ممن يملكون سكنات أرضية من العمل على توفير الشروط الملائمة لحياة صحية أكثر . خاصة أن فرصهم اكبر من أولئك الذين

يملكون شققا ويسكنون في عمارات وهذا حسب رأيهم . حيث قد تكون شبكة العلاقات الاجتماعية في هذه الحالة عاملا يضاف إلى المعادلة المتعلقة بحماية المحيط وكذا توفير شروط ملائمة للعيش , فغالبا ما لا يستطيع التحكم فيها نظرا لأنها سكنات جماعية تبنى وفقا لمعايير معينة . حيث لا يستطيع الفرد في كثير من الأحيان التغيير فيها . أما السكنات الفردية فيمكن مع قليل من الوعي العمل على توفير مختلف الشروط المذكورة دون إغفال دور العوامل السوسيو اقتصادية في هذا كله .

2-1 **التغذية والدخل :** عرفنا في عناصر سابقة انه لا يمكن فهم الصحة بمختلف أبعادها بمعزل عن العوامل المتصلة بعملية التنمية , حيث أنها تؤثر على العوامل الاجتماعية والاقتصادية المختلفة , كما تتأثر هي ذاتها بعدة عوامل منها الدخل ومستوى المعيشة وأنماط التغذية أيضا , إضافة إلى الكثير من المؤشرات المتدخلة في تحديد مستوى الصحة بالنسبة للفرد والمجتمع ككل .

نظرا لأهمية عامل التغذية في صحة الإنسان وأثرها على تحديد مستوياتها بالنسبة للفرد والمجتمع , سنحاول التطرق لهذا البعد وما يرتبط به من جملة المتغيرات وانعكاس كل ذلك على الصحة عموما.

ترتبط الصحة بالعديد من العوامل التي يمكن أن يكون لها انعكاس على صحة الفرد والمجتمع ككل , ومن هذه العوامل نجد التغذية التي تؤثر بنمطها على صحة الإنسان من خلال ما إذا كانت تغذية سليمة وصحية ومحددات ذلك , أو أنها تغذية

بسيطة وغير متوازنة لا تلبي في هذه الحالة احتياجات الجسم من العناصر الغذائية التي يحتاجها جسم الإنسان للقيام بمختلف وظائفه الحيوية والبنائية . وما لذلك من اثر على صحة الفرد .

		المواد الغذائية المستهلكة		المجموع
		متنوعة	غير متنوعة	
كفاية الدخل	نعم	*11*	*26*	*37*

	لا	3	40	43
المجموع		14	66	80

جدول رقم 02 : يوضح العلاقة بين الدخل و نمط المواد الغذائية المستهلكة*

تبين لنا من خلال الدراسة الميدانية أن معظم المواطنين المبحوثين يتبعون أنماط استهلاكية غير متوازنة في تغذيتهم , وذلك من خلال التركيز على عنصر غذائي واحد أو اثنين على الأكثر , ويظهر ذلك من خلال استهلاك أنواع معينة من المواد الغذائية دون غيرها , وقد يرجع الكثيرين ذلك أساسا إلى انخفاض مستوى المعيشة وغلائها مما يحتم على الكثيرين الاكتفاء باستهلاك بعض المواد الغذائية دون غيرها . وبالتالي عدم إعطاء الجسم مختلف العناصر الغذائية التي يحتاجها, مما يؤثر على مجمل الوظائف الحيوية التي يقوم بها , مما ينعكس سلبا على صحة الفرد.

يكون ذلك باستهلاك المواد الغذائية التي اعتبرها الكثير من المبحوثين المصدر الأساسي في تغذيتهم , كاستهلاك العجائن أو الحليب ومشتقاته فقط .أي المواد التي يعتبر سعرها مقبول نوعا ما مقابل القدرة الشرائية الضعيفة , إلا أن ذلك لا يعتبر السبب الوحيد في تحديد أنماط التغذية بالنسبة للكثير من المبحوثين في الدراسة وقد يعود ذلك إلى غياب ثقافة تغذية صحية لدى الأفراد . وبالتالي إهمال جانب التغذية

وهذا ما يوضحه الجدول السابق من خلال علاقة المواد الغذائية المستهلكة بنمط التغذية عند الأفراد المبحوثين مع كفاية الدخل , حيث يتضح لنا من خلاله أسبقية التفسير المركز على غياب ثقافة صحية مقابل القدرة الشرائية والممثلة هنا بمؤشر الدخل حيث نجد أن أغلبية المبحوثين ومنهم الذين يكفيهم دخلهم لتغطية المصاريف , ممن يتبعون نمط تغذية موحد وغير متنوع مما يعني عدم ارتباط نمط التغذية بالضرورة بالقدرة الشرائية وكفاية الدخل وإنما ارتباطها أكثر بجانب الثقافة الصحية.

* كل الجداول والأشكال المستخدمة في هذه الدراسة من إعداد الباحث

إن ثقافة الاستهلاك لدى الفرد تنعكس على الكثير من الجوانب في حياته ولعل أهمها ما يعود على صحته , ومن ذلك ثقافة استهلاك المواد الغذائية التي ترتبط بجانب الوعي , إضافة إلى القدرة الشرائية ومستوى الدخل في كثير من الأحيان , وان كان أكثرية المبحوثين يركزون على شرط الجودة في استهلاكهم للمواد الغذائية . إلا أن ذلك يتماشى بالضرورة مع مستويات معيشة مرتفعة هذا مقارنة مع الأنماط الاستهلاكية التي تراوحت بين تغذية بسيطة وغير متوازنة , مع أولوية معيار السعر عند الكثير من المبحوثين . هذا ما تم استنتاجه أثناء الحوار مع الكثير منهم . هذا قد يعني ارتباط ثقافة الاستهلاك وأنماط التغذية بالمتغيرات السوسيو اقتصادية وهذا ما يجب التركيز عليه نظرا لارتباطه بشكل مباشر بصحة أفراد والمجتمع إجمالا في وحركيته وتغيره ودرجة التطور فيه.

		شروط شراء المواد الغذائية		المجموع
		الجودة	السعر	
كفاية الدخل لتغطية المصاريف	نعم	33	4	37
	لا	20	23	43
المجموع		53	27	80

جدول رقم 03 : يوضح العلاقة بين الدخل والشروط الاستهلاكية .

من هنا نجد ارتباط عامل الدخل أيضا بالثقافة الاستهلاكية خاصة للمواد الغذائية وما لها من اثر على صحة أفراد المجتمع , حيث وجدنا أن معظم المبحوثين الذين

يعانون من نقص في مداخليهم يتم اختيارهم للمواد الغذائية على أساس السعر, مما يتدخل كذلك في تحديد نمط التغذية أيضا , وهذا لا يعني إغفال جانب الوعي بأهمية عامل التغذية بمختلف محدداتها على الصحة .

كما رأينا فان مؤشر الدخل يتداخل مع مختلف الأبعاد والعوامل منها تحديد نمط التغذية إلى مستويات الإنفاق , وتحديد قائمة الاحتياجات التي ترتبط أيضا بجملة من المتغيرات منها الثقافة الاستهلاكية في حد ذاتها . فالبر غم من أن مدا خيل اسر المبحوثين ذات مستويات ما بين متوسطة إلى جيدة حسبهم , إلا أن الكثير منهم لا يكفيه دخله لتغطية مختلف احتياجاته بما فيها الضرورية على حد تعبيرهم "أكل وشرب" فما بالك بتغطية هذه المداخيل لمصاريف الإنفاق على الصحة و ايلاء أهمية للحفاظ عليها , والذي يبدأ أساسا من تحقيق مستوى معيشي ملائم "سكن وتغذية متوازنة إلى غير ذلك من الأبعاد المتعلقة بتحسين مستوى الصحة لكل أفراد المجتمع, وملاحظتنا أثناء الحوار مع المبحوثين, أن اغلبهم لا يعتبر العلاج من الأولويات . هذا ما يمكن أن يفسر ترتيب سلم الأولويات حسب كل فرد حيث يعود ذلك لاعتبارات متعددة منها البعد الثقافي من وعي وإدراك لأهمية الصحة , ومنها اعتبارات الظروف الاجتماعية وعدم القدرة على الإنفاق حتى على الضروريات حسب المبحوثين .

إضافة إلى السياق الاجتماعي العام وما يرتبط به من نسق للمعتقدات تحدد أساسا مفهومنا للأولويات والكماليات والاحتياجات التي تختلف من فرد لآخر وتتباين من مجتمع لأخر. دون إغفال التكلفة المرتفعة للإنفاق على الصحة سواء في بعدها الوقائي المرتبط بالأبعاد المذكورة سابقا , وكذا البعد العلاجي واتصال ذلك بارتفاع مصاريف العلاج حسب الكثير من المبحوثين . وهذا ما أكده أغلبية الصيادلة الذين تمت مقابلتهم

في إطار دراستنا خاصة مع ارتفاع ثمن الأدوية مقارنة بفترات سابقة.

يمكن القول انه يجب علينا إيجاد حلول وطرق فعالة للمحافظة على صحتنا قبل الوقوع في المرض , وما يرتبط بذلك من تحمل لأعبائه سواء كانت مادية أو اجتماعية.

هذا هو دور المؤسسات المجتمعية المسئولة عن الصحة والبرامج التنموية المسطرة لذلك , والتي تركز خاصة على البعد العلاجي ولم تتفطن بعد لضرورة التركيز والاهتمام

بالجانب الوقائي الذي له الأثر الايجابي على البناء الاجتماعي ككل وتخفيف الأعباء حتى الاقتصادية منها . فتكاليف الوقاية غالبا ما تكون اقل من تكاليف العلاج وهذا يتطلب منا إعادة النظر في المنظومة الصحية وما يرتبط بها من تصورات للصحة وأهميتها في المجتمع وتدعيم جوانب الصحة الوقائية بخلق ثقافة صحية في المجتمع .

إن ذلك يحتاج إلى تغيير جذري في المفاهيم والتصورات المرتبطة بالصحة والمرض , والتي كثيرا ما تكون نتائجها سلبية على البناء الاجتماعي ككل , نظرا لارتباطها بنسق معتقدات خاطئ . مما يعطينا مظاهر لسلوكيات لاعقلانية في الغالب وتأثير ذلك على المجتمع في كل مستوياته . منها الجانب المرتبط بصحة أفراده .

التي تمثل منظومة تتفاعل فيها كل أطراف المجتمع وارتباطها بنسق العلاقات والعادات والتقاليد والمفاهيم . وغيرها من المعطيات المحددة لطبيعة أي نظام في المجتمع.

من خلال ما سبق يمكن القول بان الصحة ترتبط بعدة متغيرات وعوامل تحدد مستوياتها في أي مجتمع . تؤثر فيها وتتأثر بها في نفس الوقت في إطار علاقة تفاعلية متبادلة , ومن بين هذه المتغيرات نجد طبيعة الأسرة وتركيبتها والدخل وأنماط التغذية وظروف السكن وغيرها من العوامل .

إن تركيزنا في دراستنا على هذه المتغيرات لا يعن بأنها هي الوحيدة التي تؤثر على الصحة في مختلف محدداتها وأبعادها . كما أن التطرق لكل عامل من هذه العوامل بصورة منفصلة لا يعني أثرها المنفصل , بل إنها تعمل كلها بصورة متداخلة يصعب

معها فصل كل واحد منها على الآخر , وهذا ما نلاحظه عند التطرق لكل بعد منها وارتباطه بصورة معقدة مع بقية الأبعاد.

إن تحسين الأحوال الصحية يتعلق بضرورة إجراء تغييرات شاملة لرفع المستوى المادي والمعنوي لحياة السكان وتحسين الظروف المعيشية . بالإضافة إلى نشر ثقافة

صحية , حتى يتهيأ السكان للإسهام بوعي وإرادة في التنمية الاجتماعية والاقتصادية وليس هناك شك بان الاهتمام بالبعد الوقائي في الصحة هو السبيل الأساسي لبلوغ هذا الهدف . وذلك يكون من خلال تحليلنا لمعوقات الوصول إلى مستويات صحية جيدة في المجتمع .

هذا يتطلب مواجهة مشاكل مثل : سوء التغذية وتحسين الظروف الإسكانية وتدني مستوى المعيشة وغيرها من العوامل العلية . فتحقيق مستويات صحية جيدة في المجتمع ليس هدفا منعزلا ولا بعيدا عن إعادة بناء المجتمع في كل مستوياته الاجتماعية والاقتصادية والثقافية وغيرها . فالصحة عموما هي نتاج كل هذه الأبعاد وليست سببا , وهذا ما يتوافق ومقولة " **François Eward** " بان المجتمع ليس له خارج أي لا شيء يخرج عن نطاقه.

2- واقع المرض في مدينة تبسة

بما أن المرض يمثل مظهرا من مظاهر اعتلال الصحة , وصورة قد تعكس لنا مستوى الصحة في مجتمع ما . سنحاول التطرق في هذا العنصر المعنون تحت واقع المرض في مدينة "تبسة" إلى الحالة الصحية في هذه المنطقة التي لها من الخصوصيات

ما قد يميزها عن محيط آخر , وفي هذا السياق معرفة ما يتعلق بالأمراض المنتشرة وطبيعتها وكذا أهم العوامل المتسببة في انتشارها أو ظهورها , وعلاقة ذلك بالبناء الاجتماعي في سياق جملة من المحددات الثقافية والاجتماعية وغيرها من الأبعاد المرتبطة بوصف الوضع الصحي وتحديد مستوياته من خلال استطلاع الواقع الممثل بجملة من المؤشرات منها طبعا الأمراض . حيث ينال موضوع المرض اهتماما كبيرا حتى في المحادثات اليومية . على اعتبار أن حياة الناس تعتمد على حالتهم الجسمية والنفسية والاجتماعية ...الخ . وانعكاس محددات هذا الوضع على البناء الاجتماعي ككل بما فيها الصحة التي تمثل مخرجا من مخرجات التنمية في إطار حركية وديناميكية المجتمع مع تساند مجموع الأنساق المكونة له.

1-2 <u>الأمراض وطبيعتها</u> : إن المرض ظاهرة موجودة في كل المجتمعات ولا يمكن أن نجد مجتمعا يخلو من الأمراض , التي تمثل صورة من صور الحياة الاجتماعية في حد ذاتها .

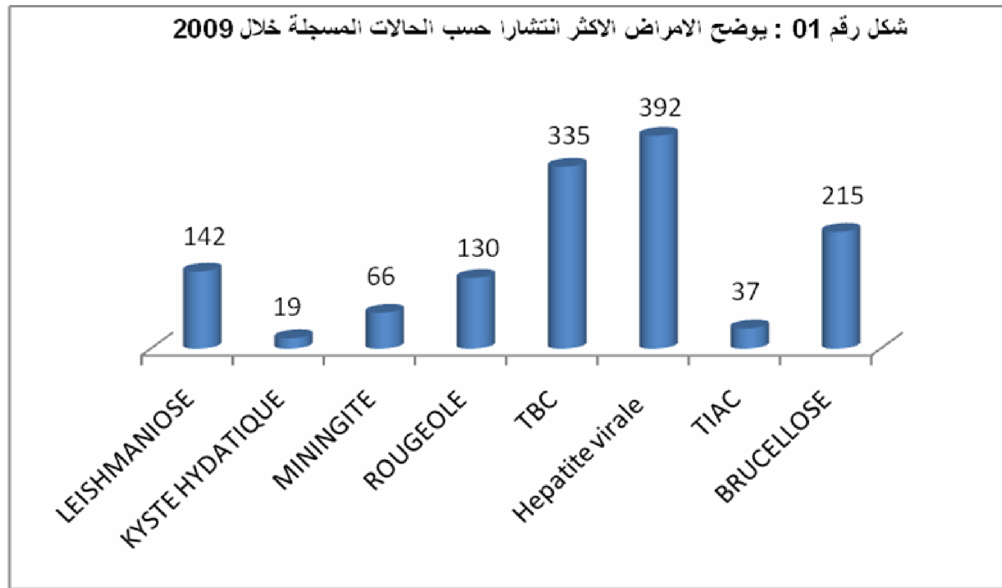
على اعتبار أن المرض يمثل معوقا بالنسبة لأي فرد نظرا لما يعبر عنه من حالة للعجز وعدم القدرة على الانجاز , فانه أي المرض قد يمثل معوقا وظيفيا لتطور أي مجتمع وانعكاس ذلك على جهود التنمية فيه . لذلك سيسعى كل مجتمع لتفادي حدوث الحالات المرضية المتنوعة , وان كان ذلك بصورة نسبية تخفف من الأعباء الاجتماعية والاقتصادية وغيرها من الأعباء التي يمكن أن يتحملها المجتمع نتيجة لظهور أو انتشار بعض الأمراض خاصة.

هذا ما حاولنا في دراستنا الميدانية استطلاعه ومعرفته من خلال الوقوف على الأمراض المنتشرة في مدينة "تبسة" مجال الدراسة . وما يرتبط في ذلك بطبيعة المنطقة وخصوصيتها .

في قراءتنا لبعض الإحصائيات* المقدمة من طرف مديرية الصحة والسكان في المدينة استطعنا ولو بصورة نسبية استخراج بعض المؤشرات التي قد تفيدنا في تحليل الوضع الصحي في المدينة من خلال استقراء الجانب المتعلق بطبيعة الأمراض الأكثر انتشارا في المنطقة.

---

* تم اعتماد الإحصائيات لسنة 2009 لأنها تمثل آخر المعطيات المتوفرة على مستوى الهيئات المسئولة على الصحة في المدينة خلال فترة انجاز هذه الدراسة .



شكل رقم 01 : يوضح الامراض الاكثر انتشارا حسب الحالات المسجلة خلال 2009

إن انتشار بعض الأمراض ووجودها في مجتمع معين قد يعطينا صورة على طبيعة المنطقة أو المجتمع الذي تتركز فيه بعض الحالات المرضية التي يتم تسجيلها . خاصة

في حالة تكرارها وتوسع نطاق انتشارها . مما قد ينبهنا إلى وجود بعض العوامل والظروف التي ساعدت على ظهور و تسجيل مثل هذه الحالات المرضية . حيث يتبين لنا من خلال الرسم البياني الموضح أعلاه بأنه تم تسجيل معدل كبير لحالات التهاب الكبد الفيروسي . ثم يليه الحالات المسجلة بالنسبة للسل وكذا كل من البرسيلوز والليشمانيوز. وقد نفسر ذلك خاصة بالنسبة لهذه الحالات الأخيرة والتي ترتبط بالطبيعة

الرعوية للمنطقة إضافة إلى نمط المعيشة في مثل هذه الظروف مقابل الجهود التنموية

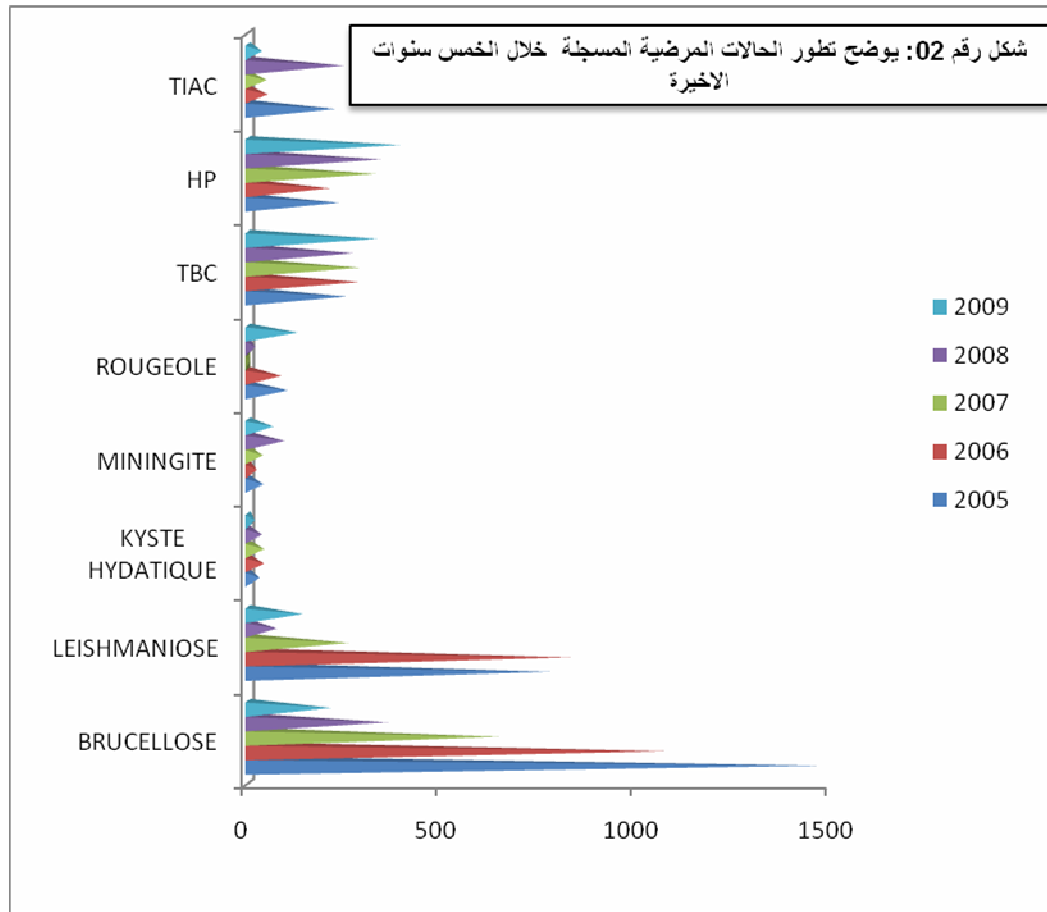
المبذولة في هذا الإطار لمكافحة انتشار مثل هذه الأمراض إضافة إلى أن انتشار بعض الأمراض و التي تتعلق أساسا بضرورة اعتماد قواعد النظافة والوقاية أكثر .خاصة أن مرض مثل التهاب الكبد الفيروسي يحتاج إلى وجود حملات تحسيسية منظمة بضرورة إتباع أكثر القواعد الوقائية لتفادي انتشار هذا المرض المعدي والمتنقل عن طريق الدم خاصة .

الملاحظ أن الحالات المرضية المسجلة خلال 2009 والممثلة بيانيا تتعلق بالأمراض المعدية فقط . وهي الحالات التي يتم تسجيلها على مستوى مديرية الصحة باعتبارها أمراض واجب الإعلان عنها إجباريا .

بالرغم من إجبارية الإعلان على مثل هذه الحالات المرضية المرتبطة بالأمراض المعدية والمتنقلة بمختلف الوسائل والأساليب والتي نجدها مسجلة على مستوى الهيئات المسئولة على الصحة في المدينة . ولعل هذا قد يعني الانتباه إلى خطورة مثل هذه الأمراض نظرا لسرعة انتشارها بين أفراد المجتمع والتكلفة التي تنعكس على كل المستويات الاجتماعية والاقتصادية وغيرها من الأبعاد .إلا أن ذلك لا يعني إهمالنا لضرورة تسجيل وإحصاء الحالات المرضية الأخرى , والتي يرتبط ظهورها هي أيضا بمجموعة من العوامل التي يجب الانتباه إلى ضرورة دراستها ومعرفة أسبابها لتفادي ظهورها في مجتمعنا . وهذا ما لاحظنا غيابه على مستوى المؤسسات المسئولة على الصحة في ظل غياب إحصائيات محددة لمختلف الأمراض الموجودة على مستوى المدينة . والتي اقتصرت فقط على الأمراض المعدية والمتنقلة .

يمكن القول أن الأمراض المعدية يرتبط ظهورها في بيئة محددة وكذا انتشارها فيها بطبيعة البناء الاجتماعي الذي يمكن وصفه بالتقليدي نوعا ما . ففي المجتمعات المتطورة , نادرا ما نجد الحديث عن مثل هذا النوع من الأمراض . نظرا لإيجادهم أساليب مناسبة للقضاء عليها أو تفادي حدوثها إلى درجة معينة , بإتباع أساليب وقائية

فعالة بينما يزال الحديث عندنا وفي مجتمعاتنا على أمراض مثل التهاب الكبد الفيروسي والليشمانيوز والسل وغيرها من الأمراض التي قد تظهر عجز المنظومة المجتمعية على القفز عليها بالرغم من تطور الوسائل التي يمكن إتباعها من اجل الحد من وقوعها أو التقليل من دائرة انتشارها والتحكم فيها على الأقل.



قد يظهر للكثيرين أن ظهور بعض الأمراض يرتبط بظروف وعوامل عرضية وبالتالي بروزها بصورة تكون مؤقتة حسبهم . إلا أن تسجيل بعض الحالات المرضية قد يتخذ في فترات معينة منحى متصاعد وفي فترات أخرى منحى متناقص . وذلك يتوافق ودرجة تأثير العوامل والظروف المسببة لحدوثها , بالزيادة أو النقصان وهذا ما نلاحظه في تطور الأمراض في مدينة "تبسة" خلال الفترة مابين 2005 و2009 حيث

قد نفسر التناقص المستمر في الحالات المسجلة فيما يخص بعض الأمراض بانخفاض

معدلات الإصابة بها من خلال اتخاذ جملة من الإجراءات التي من شانها الحد ولو بصورة نسبية من معدلات الإصابة وكذا الانتشار . كما قد يفسر أيضا بصعوبة التحكم في الإحصائيات والتصريح المعلن فيه عن مثل هذه الحالات المرضية , في ظل غياب سياسة صحية واضحة بهذا الشأن , خاصة فيما يتعلق بالجانب الوقائي في إطار سياسة

تنموية شاملة . إلا أن هناك من الأمراض ما سجل ارتفاعا ملحوظا من سنة إلى أخرى كالتهاب الكبد الفيروسي بكل أنواعه (A.B.C) ومرض السل . مما قد يعني صعوبة

التحكم في انتشار هذه الأمراض المعدية وسريعة التنقل خصوصا في ظل انعدام الحملات التحسيسية بضرورة إتباع الأساليب الوقائية بكل أشكالها الممكنة من اجل تفادي الزيادة في معدل الإصابة بمثل هذه الأمراض التي لها من التكلفة الاجتماعية والاقتصادية على المجتمع ككل.

كما يقول « FrançoisEward » la société n a’ plus d’extérieur أي لاشيء يقع خارج نطاق المجتمع . ولا يمكن أن نفسر أي ظاهرة بمعزل عن علاقتها بالبناء الاجتماعي في مجمل أبعاده وتفاعل أنساقه , واثر العملية التفاعلية المتبادلة في التأثير والتأثر على المجتمع في وحركيته وتطوره , ومظاهر التغير الذي يحويها ويتضمنها .

في هذا كله نجد موقع الظاهرة المرضية في أي مجتمع لما تخلقه من انعكاسات على البناء الاجتماعي , الذي يكون أفراده صور معينة في مخيالهم الجمعي خاصة إذا تعلق الأمر بحادثة متكررة وظاهرة منتشرة , وفي هذا السياق اقر المواطنين من المبحوثين الذين تم استطلاع رأيهم حول فكرتهم عن الأمراض الموجودة والمنتشرة في مدينة "تبسة" , والتي تباينت بين الأمراض المعدية التي لوحظ كثرة الحديث والإشارة إليها خصوصا مرض الالتهاب الكبد الفيروسي الذي انتشر في الفترات الأخيرة بصورة

ملفتة للانتباه . إضافة إلى ذكر الأمراض المزمنة خاصة ارتفاع الضغط الدموي ومرض السكري وهذا ما لم نجد الإشارة إليه في الإحصائيات المتوفرة على مستوى

المؤسسات المسئولة على الصحة في المدينة , بالرغم من ضرورة وجود مثل هذا النوع من المعطيات المتعلقة بحصر مختلف أنواع الأمراض الموجودة على مستوى المدينة . سواء كانت أمراض معدية أو مزمنة وغيرها من الأمراض بمختلف تصنيفاتها على اعتبار أن المرض مهما كان نوعه . له من الآثار والانعكاسات على المنظومة المجتمعية ككل , وما لذلك من أهمية في وضع مخططات العمل ورسم السياسات الصحية خاصة ,

والتي يجب أن تبنى على أساس معطيات واقعية في جميع المستويات الذي من شانه الرفع من وتيرة الانجاز والتقدم من خلال توفر رؤية تنموية متكاملة وواقعية .

		رفع التقارير للهيئات المعنية		المجموع
		نعم	لا	
الأمراض المنتشرة	مزمنة	6	3	9
	معدية	14	2	16
	أمراض مختلفة	0	2	2
المجموع		20	7	27

جدول رقم 4 :يوضح العلاقة بين الأمراض المنتشرة في مدينة تبسة ورفع تقارير للهيئات المسئولة عنها من طرف الأطباء.

إن تحقيق المعادلة سابقة الذكر لا تكون إلا في إطار التنسيق بين مختلف الفاعلين في مجال الصحة , وهذا ما لم نلمسه في الواقع بدرجة كبيرة . حيث أن تقديم تقارير

عن حالات مرضية للهيئات أو المؤسسات المعنية بالصحة في المجتمع , قد يعبر عن مدى التنسيق بين أطراف المعادلة المشكلة لنسق الصحة في احد جوانبه . وكذا الوعي الحاصل بضرورة دراسة مختلف المظاهر وكذا العوامل التي من شانها التأثير على صحة أفراد المجتمع , وما لذلك من انعكاسات سلبية على البناء الاجتماعي . والملاحظ

بان الأطباء يقومون بتقديم تقارير عن الأمراض المعدية فقط , وذلك نظرا لوجوب الإعلان عنها في حالة تسجيل مثل هذه الحالات وبالرغم من أن الفئة المبحوثة من الأطباء يؤكدون بانتشار الأمراض المعدية بالدرجة الأولى . إلا أنهم لا يغفلون انتشار حتى الأمراض المزمنة وأمراض أخرى , وهذا لا يعني ضرورة التركيز فقط على

الأمراض المعدية لوحدها لان حتى الأمراض الأخرى سواء كانت مزمنة أو غيرها من الأمراض لها من التأثير على المجتمع في جميع مستوياته . خاصة أن قائمة الأمراض

المعلن عنها إجباريا في حالة تسجيل أي حالة تقتصر على الأمراض المعدية وان كانت الضرورة تحتم ذلك نظرا لخطورة هذه الأمراض .على اعتبار سرعة انتشارها بين أفراد المجتمع , فان ذلك لا يعني إهمال الأمراض الأخرى وضرورة أخذها بعين الاعتبار نظرا لما لها من انعكاسات وأثار على المجتمع من جهة , وضرورة معرفة مسببات وعوامل ظهورها في المجتمع من جهة أخرى .

الحديث عن التركيز على الأمراض المعدية وضرورة الإعلان عنها في حالة تسجيلها لا يعني أن هناك سياسة واضحة وبرامج معدة للحد من انتشار مثل هذه الأمراض . هذا ما قد نقراه من خلال ملاحظات وتعليقات بعض الأطباء المبحوثين الذين أكدوا أن التقارير المعلن عنها لا تتعدى أن تكون مجرد تصريح بالمرض ولا تتخذ صفة التقرير. نظرا لغياب سياسة البحث العلمي عموما ونقص التنسيق والتخطيط

خاصة , حيث يقتصر دور الطبيب هنا على مجرد التصريح بذكر المرض دون التعرض لمختلف الجوانب والعوامل التي قد تكون وراء حدوث مثل هذه

الإصابات في ظل غياب محاولة لتشريح الحالة المرضية من كل أبعادها . من اجل معرفة أسبابها وعوامل حدوثها , بما قد يساهم بإمكانية تفاديها والتقليل من حدوثها وخاصة انتشارها وما لذلك من انعكاسات على البناء والمنظومة الاجتماعية ككل.

بالرغم من تركيز الحديث على الأمراض المعدية . باعتبارها الأمراض الأكثر انتشارا في مدينة "تبسة" كما يرى في ذلك كل من فئة الأطباء وكذا المواطنين المبحوثين , إلا أن ذلك يتعارض مع رأي الصيادلة حيث أكد اغلبهم ممن تمت مقابلتهم بان الأمراض الأكثر انتشارا في مدينة "تبسة" هي الأمراض المزمنة بالدرجة الأولى (سكري.ضغط الدم) دون إغفال وجود أمراض أخرى بدرجات متفاوتة . وهذا ما اقره

أيضا معظم مدراء أو مسئولي مختلف المؤسسات الصحية في مقابلتنا لهم كون أن الأمراض المزمنة هي الأكثر انتشارا في مدينة "تبسة". باعتبارها أمراض العصر وارتباطها بنمط المعيشة ومتغيرات الحياة الاجتماعية (ضغط الحياة الاجتماعية خاصة

على حد تعبيرهم) وهي السمة الغالبة على كل المجتمعات في عصرنا الحاضر .مع اختلاف درجة التأثير والتأثر فيها على حساب طبيعة البناء الاجتماعي وخصوصياته خاصة فيما يتعلق بطبيعة وكيفية التعامل مع هذه المعطيات والمتغيرات بكل أشكالها.

		إجراء الأبحاث والدراسات		المجموع
		1	2	
رفع التقارير للهيئات المعنية	1	6	14	20
	2	1	6	7
المجموع		7	20	27

جدول رقم 5 : يوضح العلاقة بين إجراء الأطباء لأبحاث حول أمراض معينة ورفع تقارير للهيئات المسئولة عن الصحة في مدينة تبسة.

إن الوصول إلى تحقيق مستويات صحية جيدة في المجتمع يحتاج إلى تضافر جهود كل أفراد المجتمع . خاصة الفاعلين في هذا المجال ودور الطبيب في هذا المجال كبير نظرا لطبيعة العلاقة المباشرة التي تربطه بالمريض , وتشخيصه لمختلف الحالات المرضية . لذلك فان تكوين الطبيب ومنظومة معارفه المتخصصة تحتاج إلى

تطوير وتجديد يتماشى في ذلك مع المتغيرات المجتمعية وحركية المجتمع الذي يتطلب مسايرة الجديد فيه بمعرفة بنيته وخصائصه .لان غياب ثقافة البحث العلمي في مجتمعنا له أثار تنعكس على جميع المستويات . حيث تمس في ذلك عمق البناء الاجتماعي ومن ذلك نسق الصحة .

إن عدم القيام بدراسات وبحوث حول الأمراض الموجودة في المجتمع وعلاقتها بالبناء الاجتماعي عموما . قد يفسر لنا المفهوم التقليدي الذي بقي مرتبطا في أذهاننا عند التعرض لموضوع الصحة . وعدم الانتباه لارتباطها بمختلف الأبعاد والمتغيرات التي تتفاعل في نطاق المجتمع , والتي تعد الصحة احد أبنيته ويمثل المرض بذلك صورة أو

مظهرا من مظاهر الاعتلال الذي قد يمسها , واثر ذلك على تحسين مستوى صحة أفراد المجتمع . وهذا لا يكون إلا من خلال تحريك عجلة البحث العلمي الذي من شانه دفع عجلة التنمية في كل المجالات ومنها الصحة التي تعتبر مجالا حيويا في كل مجتمع وركيزة أساسية لبناء وتطور المجتمعات .

2-2 الأمراض بين العوامل والمسببات : كما قلنا سابقا أن الأمراض ظاهرة مجتمعية , حيث لا يمكن أن نجد مجتمعا خاليا من الأمراض تماما . لكن وجه الاختلاف يكمن في درجة تأثيرها على المجتمع وكذا تأثره من جهة أخرى , إضافة إلى العوامل والمسببات والظروف التي تكون مهيأة بدرجات متفاوتة لظهور أمراض محددة في مجتمع ما , وارتباط ذلك كله بالبناء الاجتماعي وما يفرزه من محددات لذلك الوضع.

مستوى الصحة في المدينة			سبب انتشار بعض الأمراض		المجموع
			تلوث البيئة	نقص الوعي	
جيد	الدراية بالأمراض المنتشرة	نعم	*1*	*1*	*2*
		لا	*1*	*0*	*1*
	المجموع		*2*	*1*	*3*
متوسط	الدراية بالأمراض المنتشرة	نعم	*8*	*9*	*17*
		لا	*5*	*4*	*9*
	المجموع		*13*	*13*	*26*
ضعيف	الدراية بالأمراض المنتشرة	نعم	*20*	*15*	*35*
		لا	*11*	*5*	*16*
	المجموع		*31*	*20*	*51*

جدول رقم 06 : يوضح وجود فكرة عن الأمراض المنتشرة وأسباب انتشارها حسب المواطنين المبحوثين .

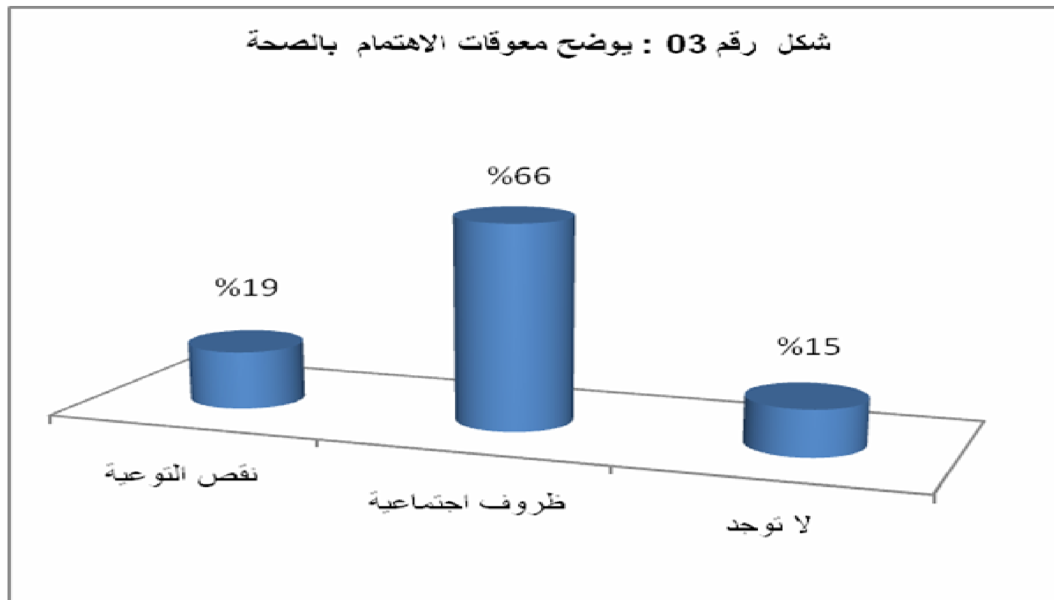
إن انتشار بعض الأمراض في مجتمع معين قد يعود إلى جملة من الأسباب منها ما يرتبط بالبنية الاجتماعية وخصوصية ذلك المجتمع على جميع المستويات . وكذا طبيعة النظام الصحي فيه , على هذا يرى المواطنين المبحوثين بان السبب الرئيسي في انتشار بعض الأمراض في مدينة "تبسة" يعود بالدرجة الأولى إلى التلوث البيئي ونقص النظافة . هذا ما تدعمه بعض الدراسات القائلة بان 5/1 العبء المرضي في البلدان النامية يرتبط بعوامل الخطر البيئي الناجم عن ضعف التنسيق بين مختلف المؤسسات المجتمعية . ويضاف إلى ذلك حسب المبحوثين نقص الوعي الصحي الذي يعد مسئولية كل أفراد المجتمع . خاصة في ظل عدم قدرة المؤسسات الصحية على توفير الخدمات والشروط اللازمة لتفادي مثل هذه المظاهر, لان انتشار بعض الأمراض في المجتمع له أثار سلبية على البناء الاجتماعي ككل .

من ذلك ما تم الإشارة إليه من مختلف الفئات البحثية , من نقص الحملات التحسيسية في المجتمع مع ضرورة وجودها لتفادي انتقال وانتشار بعض الأمراض خاصة في ظل غياب القواعد الوقائية . مع ملاحظة عدم توجيه التعليمات لمختلف المؤسسات الصحية بإتباع أساليب وقواعد وقائية مثل تعقيم الأدوات الطبية وغيرها .

في ظل غياب التنسيق بين الهيئات المسئولة عن الصحة في المدينة من جهة ومؤسسات الصحة الخاصة من جهة أخرى , وهذا ما يؤكده العديد من الأطراف كالأطباء والصيادلة المبحوثين .

ما يذكر من أسباب وعوامل مساعدة في بيئة معينة لانتشار وظهور بعض الأمراض ما أكد عليه المواطنين المبحوثين من مظاهر للتلوث ونقص القواعد الوقائية وبالتالي انعدام النظافة , التي يقر معظم الأطباء المبحوثين بأثرها المباشر في انتشار بعض الأمراض خاصة المعدية منها . في حين توفر الشروط الملائمة للعدوى والانتقال , ويدعم هذه الفكرة أغلبية الصيادلة الذين تمت مقابلتهم , إضافة إلى العامل المتمثل

في الظروف الاجتماعية ومحددات المستوى المعيشي وكذا تغير نمط الحياة الذي أدى حسبهم إلى انتشار الأمراض المزمنة خاصة في أوساط كل الفئات في المجتمع . مقارنة بسنوات ماضية حيث كانت الإصابة بمثل هذه الأمراض تقتصر على فئات عمرية معينة خاصة , هذا ما أكده معظم الأطباء المبحوثين في ظل تعقد الحياة الاجتماعية حسب رأيهم , وظهور أمراض الفقر كما سماها البعض خاصة مع عدم القدرة على تحمل العبء المرضي في حالات كثيرة , وهذا ما أكده أغلبية المواطنون الذين تم استطلاع رأيهم . إضافة إلى ما أكده مسئولي مختلف المؤسسات الصحية فيما يخص هذه النقطة أي اثر الظروف الاجتماعية في انتشار بعض الأمراض.



شكل رقم 03 : يوضح معوقات الاهتمام بالصحة

كثيرة هي الجوانب التي تتعلق بتحديد مستوى صحة الفرد , لأنها ترتبط بالعديد من الأبعاد التي تتصل هي الأخرى بطبيعة المجتمع في بناءه والمتغيرات التي تحكمه وعلاقة ذلك بالنظام الاجتماعي عموما . فقد يجد الفرد نفسه ضمن منظومة اجتماعية تتميز بمستويات صحية متقدمة أو العكس , وخصوصية البناء الاجتماعي الذي تتفاعل

في إطاره مختلف الأنظمة المكونة له , ومن المعوقات التي قد تؤثر على صحة الفرد كما جاء بالنسبة لفئة المواطنين المبحوثين . فهي تتصل بالدرجة الأولى بالظروف الاجتماعية ومحددات هذه الوضعية , وهذا ما أكد عليه كل من الأطباء والصيادلة

المبحوثين , فيما يتعلق بانتشار بعض الأمراض كما رأينا سابقا بالإضافة إلى عامل الظروف الاجتماعية , نجد طبيعة المنظومة الصحية التي يعاب عليها في كثير من الأحيان سوء التنظيم والتسيير وعدم وجود سياسة صحية واضحة الأهداف مما ينقص فعالية أداء المنظومة الصحية , وما لذلك من أثار على صحة الفرد والمجتمع ككل هذا قد يعبر عن خلل وظيفي في البناء الاجتماعي ينعكس على الصحة.

هناك من النتائج الاجتماعية التي تترتب على انتشار المرض ومدى استجابة المجتمع واهتمامه بتوفير سبل العلاج والوقاية من الأمراض , وما لذلك من تكلفة

باهظة من الناحية الاجتماعية وحتى الاقتصادية , وفي هذا الجانب نجد مثلا غلاء الأدوية وارتفاع تكلفة العبء المرضي . فيما يتعلق بالجانب العلاجي , وهذا ما أكد عليه معظم الصيادلة أثناء مقابلتنا لهم وإقرارهم بغلاء الأدوية مقابل القدرة الشرائية الضعيفة نوعا ما , وزيادة معدل الأمراض وتنوعها عن فترات سابقة . هذا ما يحيلنا إلى ضرورة الاهتمام بالجانب الوقائي أكثر , وما يرتبط بذلك أساسا من مسالة الوعي الصحي . في حين يرى معظم الفئات المبحوثة من مواطنين وأطباء ومسئولين وكذا صيادلة من تغييب أو نقص لعامل الوعي الصحي في مجتمعنا وما يرتبط بذلك بجملة من المؤشرات .

قولنا بوجود وعي صحي في أي مجتمع يتحدد بعدة مؤشرات لعل أهمها مفهومنا للصحة في حد ذاتها, وموقعها في البناء الاجتماعي . وبالملاحظة البسيطة نجد أن الصحة ترتبط بمفاهيم جد بسيطة , ومن ذلك أنها لا تمثل الأولوية بالنسبة للكثير من الأفراد . إلا في حالات العجز والمرض المقعد . وفي ذلك تغييب الجانب الوقائي من

قبل الكثير , ولعل لهذا الوضع جملة من المحددات التي تم ذكرها سابقا . ومنها ما يرتبط أساسا بطبيعة البناء الاجتماعي وكذا المنظومة الصحية وأدائها وارتباطها بالنسق الاجتماعي , وغيرها من المتغيرات التي تحدد مستويات الوعي الصحي في أي مجتمع لعل أغلبية المواطنين الذين تم استطلاع رأيهم في ذلك يقولون بعدم وجود وعي صحي في مجتمعنا . لكن قد يمثل الكثير منهم جزء من المشكلة , حيث ينتشر في مجتمعنا

بعض السلوكيات غير الصحية , وقد نفسر ذلك بغياب ثقافة صحية كافية في هذا المجال . والطبيعة البنائية للمجتمع الذي ما زال تقليديا نوعا ما ويظهر ذلك من خلال أنماط السلوك غير العقلاني في التعامل مثلا مع المرض , وكذا تقليص دور العمل

المؤسساتي .الذي انسحب لحساب نسق العادات والتقاليد التي ترتبط أساسا بنظام العرف الاجتماعي , الذي يحرك الكثير من العمليات والمظاهر في مجتمعنا . ومنها

حسب الأطباء المبحوثين في دراستنا نقص الوعي الصحي في مدينتنا والذي يظهر حسبهم من خلال انتشار بعض الأمراض المعدية خاصة . إضافة إلى سيادة المعتقدات الخاطئة حول المرض في ظل نقص الحملات التحسيسية حول أهمية الصحة في المجتمع . والمسئول بالدرجة الأولى هي مختلف المؤسسات الصحية خاصة العمومية منها حيث أشار بعض مسئوليها إلى نقص الدور الاعلامي في الحملات التحسيسية وبالتالي عدم وصول المعلومة لكل أفراد المجتمع . مما يؤثر على وعينا الصحي في حين لاحظنا أثناء مقابلتنا لمسئولين آخرين ربطهم لانعدام الوعي الصحي بصورة مباشرة مع قلة تعاون أفراد المجتمع , ودليلهم في ذلك حالات التمارض الكثيرة التي تستقبلها مؤسساتهم يوميا على حساب حالات أخرى أولى. مقابل ما تم ملاحظته أثناء حوارنا مع مسئولين على الصحة في مدينة "تبسة" حيث كان التركيز على الجانب العلاجي أكثر من الجانب الوقائي . هذا ما قد يفسر مثلا قلة الحملات التحسيسية بمختلف أشكالها.

إن وجود وعي صحي في أي مجتمع هو مسئولية جميع أفراده .لان مختلف مظاهره نابعة من طبيعة البناء الاجتماعي في علاقة تفاعلية متبادلة في التأثير والتأثر .

مما قد يعتبر مؤشرا من مؤشرات الوعي الصحي في مجتمع معين , ما يرتبط بالشق العلاجي الذي يمثل استهلاك الأدوية فيه مؤشرا أساسيا فيما يتعلق بهذا البعد. في هذا الإطار وجدنا أثناء مقابلتنا لبعض الصيادلة في المدينة من يرى بان استهلاك الأدوية من دون وصفة طبية هي ظاهرة صحية . بينما يرى آخرون العكس تماما خاصة أنها في

تزايد كبير حسب أغلبية الصيادلة المبحوثين . وعموما يتحكم في هذه الظاهرة عدة عوامل أهمها بالدرجة الأولى قلة الوعي بالآثار الجانبية التي قد يسببها

استهلاك أدوية دون وصفة طبية .إضافة إلى غلاء الأدوية مما يحتم على الكثيرين اقتناء دواء واحد أو اثنين حسب معرفتهم , وهو ما لاحظناه من تأكيد معظم المواطنين

المبحوثين في اقتنائهم للأدوية دون وصفات طبية , إضافة إلى الاستشارات التي يتوجه بها المواطنون للصيادلة ومن هذه الاستشارات حسب اغلب الصيادلة المبحوثين هو طلب التوجيه للأطباء وكذا التداوي الذاتي (automédication), إضافة إلى استشارات تخص الاستفهام عن المرض وفي هذا يلعب الصيدلي دور الطبيب حسب المريض , ومعظم الصيادلة المبحوثين يفسرون ذلك باختصار الوقت أمام المريض . خاصة مع ضعف مستوى الأطباء حسبهم وطغاء الجانب المادي , إضافة إلى اثر الظروف الاجتماعية التي تمنع الكثيرين من التوجه إلى الطبيب , ومن ذلك الأعباء والمصاريف الكثيرة التي لا قدرة لهم عليها .

كثيرة هي السلوكيات والمظاهر التي يمكن أن نربطها بنقص الوعي والثقافة الصحية في مجتمعاتنا , وفي ذلك طريقة تعاملنا مع الحالات المرضية أو المرض على حد سواء . هذا ما لمسناه أثناء تواجدنا بالميدان وانعكاس بعض المظاهر والسلوكيات على صحة أفراد المجتمع .

		تهتم بصحتك		المجموع
		نعم	لا	
اتخاذ تدابير للحفاظ على الصحة	نعم	17	17	34
	لا	22	24	46
المجموع		39	41	80

جدول رقم 07 :يوضح الاهتمام بالصحة واتخاذ تدابير للمحافظة عليها .

تعبر الصحة ومستواها في أي مجتمع على نسق معين من الخصوصيات التي ترتبط أساسا بطبيعة ذلك المجتمع وتركيبه . على أنها جزء من البنية والنظام الاجتماعي وما يتعلق بها من محددات وجملة من التمثلات وأنماط السلوك .

فاتخاذ التدابير الوقائية خاصة للحفاظ على الصحة بالنسبة للفرد والمجتمع تدخل في نطاق الصيرورة العامة للمجتمع , وما يفرزه من عمليات تؤثر على تطوره وتعكس في هذا السياق أهمية الصحة خاصة في المجتمع , وهذه الثقافة الوقائية نجدها قليلة في مجتمعنا . هذا ما لاحظناه أثناء الحوار مع المبحوثين فالكثير منهم لا يتخذون تدابير متعلقة بصحتهم , وقد نفسر ذلك بالنظرة القدرية للمرض .

فالتصور الذي يربطه كل منا من خلال مفهومه وتمثلاته للصحة والمرض . يحدد الكثير من سلوكياته في شكل أنماط التعامل مع ذاته ومع الآخرين , وفي هذا جملة السلوكيات التي يقوم بها الفرد من اجل الحفاظ والاهتمام بصحته . ولا يكون ذلك طبعا إلا في إطار الخلفيات التي يبني على أساسها معنى الصحة بالنسبة له .

المجموع	المعاناة من مرض		مسببات المرض		
	لا	نعم			
9	3	6	نعم	تهتم بصحتك	عضوي
11	7	4	لا		
20	10	10	المجموع		
12	7	5	نعم	تهتم بصحتك	نفسي
11	5	6	لا		
23	12	11	المجموع		
7	5	2	نعم	تهتم بصحتك	اجتماعي
15	8	7	لا		
22	13	9	المجموع		
11	10	1	نعم	تهتم بصحتك	بيئي
4	2	2	لا		

المجموع	المعاناة من مرض		مسببات المرض		
	لا	نعم			
9	3	6	نعم	تهتم بصحتك	عضوي
11	7	4	لا		
20	10	10	المجموع		
12	7	5	نعم	تهتم بصحتك	نفسي
11	5	6	لا		
23	12	11	المجموع		
7	5	2	نعم	تهتم بصحتك	اجتماعي
15	8	7	لا		
22	13	9	المجموع		
11	10	1	نعم	تهتم بصحتك	
4	2	2	لا		
15	12	3	المجموع		

جدول رقم 08: يوضح العلاقة بين الاهتمام بالصحة وإمكانية التعرض للأمراض

بالرغم من أن أغلبية المواطنين المبحوثين يرون بأنهم يهتمون بصحتهم إلا أنهم في الحقيقة كما لاحظنا لم يكن من خلال إتباع قواعد وقائية , خاصة أن معظم الذين يرون باهتمامهم بصحتهم هم الفئة التي تعاني من أمراض معينة . بالرغم من عدم اتخاذهم لتدابير وقائية في ذلك .

هذا ما يؤكده فئة الأطباء المبحوثين حيث يرى اغلبهم بعدم تقيد المريض بنصائح الطبيب وتوجيهاته في كثير من الحالات , خاصة مع انتشار ظاهرة التداوي بالطرق التقليدية , مع اختلاف أشكالها ويرجعون ذلك إلى غياب ثقافة صحية كافية وقلة الوعي الصحي.

المجموع	وجود وعي صحي		
	لا	نعم	

إتباع المريض لنصائح الطبيب	نعم	1	9	10
	لا	2	15	17
المجموع		3	24	27

جدول رقم 09 :يوضح غياب الوعي الصحي في ظل عدم الأخذ بنصائح الأطباء.

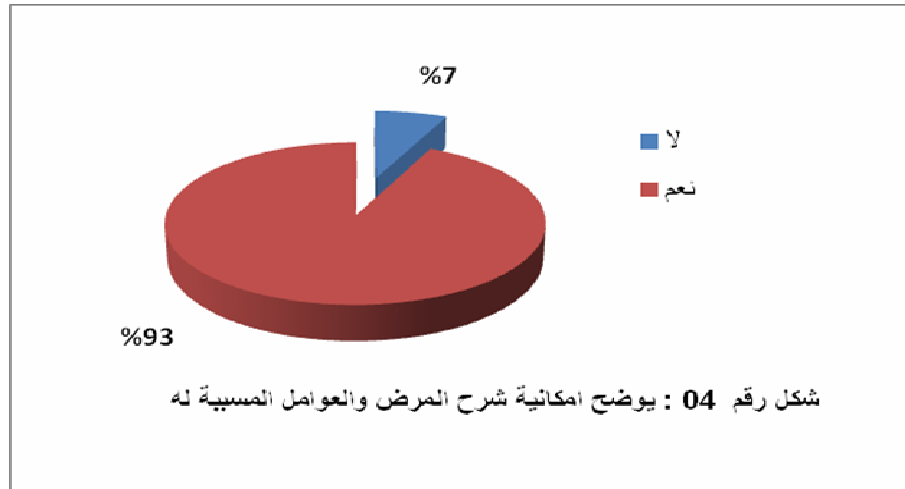
إن قلة الوعي والثقافة الصحية قد يأتي في ظل ما تدعمه انساق العادات والتقاليد في المجتمع الذي ما زال تقليديا نوعا ما , وهذا ما تعبر عنه الدراسات الانثربولوجية القائلة بالتمسك بالمعتقدات والممارسات الصحية التقليدية , التي ترتبط أساسا بمفهوم ثقافي للمرض . ففي حين أن المجتمعات الحديثة تفسر المرض تفسيرا علميا نجد أن المجتمعات التي مازالت تقليدية تفسره في إطار جملة من المعتقدات .

من هنا يكون لطبيعة المجتمع الأثر على المعتقدات المرتبطة بتفسيرنا للظاهرة المرضية وطرق التعامل معها , وقد نفسر ذلك أيضا بالرغبة في الشفاء بأي طريقة

خاصة إذا صاحب ذلك اعتقاد المريض بعدم فعالية الطب الحديث , وهذا ما أشار إليه بعض الأطباء المبحوثين . مع ملاحظة أن إتباع طرق تقليدية في العلاج قد يكون له أثار سلبية على صحة الفرد , في ظل غياب المراقبة الطبية المتخصصة بالتالي تفاقم الحالة المرضية فتكون بذلك مثل هذه الوضعية متطلبة لتضافر جهود كل الفاعلين في مجال الصحة من اجل خلق ثقافة صحية من شانها التقليل خاصة من السلوكيات التي تمثل معوقا أمام الوصول إلى مستويات صحية جيدة في مجتمعنا .

إن ذلك لا يكون إلا من خلال تدعيم الجانب الوقائي . حيث ترتبط المحافظة على صحة أفراد المجتمع بالعديد من المتغيرات , وحسب فئة الأطباء المبحوثين فهي ترتبط بضرورة التوعية وخلق ثقافة صحية . إضافة إلى إتباع الأساليب الوقائية من نظافة

وغذاء متوازن...وهذا يتطلب حسبهم تغيير الذهنيات التي ترتبط ببنية تقليدية إلا أن ذلك يحتاج إلى حركية تغيير تمس المنظومة المجتمعية بأكملها , وعلى جميع مستوياتها وإدراك كل فرد في المجتمع لمسئوليته في هذا التغيير والديناميكية المجتمعية ومن ذلك كل الفاعلين في مجال الصحة . حيث يلاحظ تدني مستوى التكوين حتى بالنسبة للأطباء حسب رأي أغلبية الصيادلة هذا ما لمسناه في حوارنا معهم . وهذا ما قد تؤكده طريقة تعامل الأطباء مع الحالات المرضية .



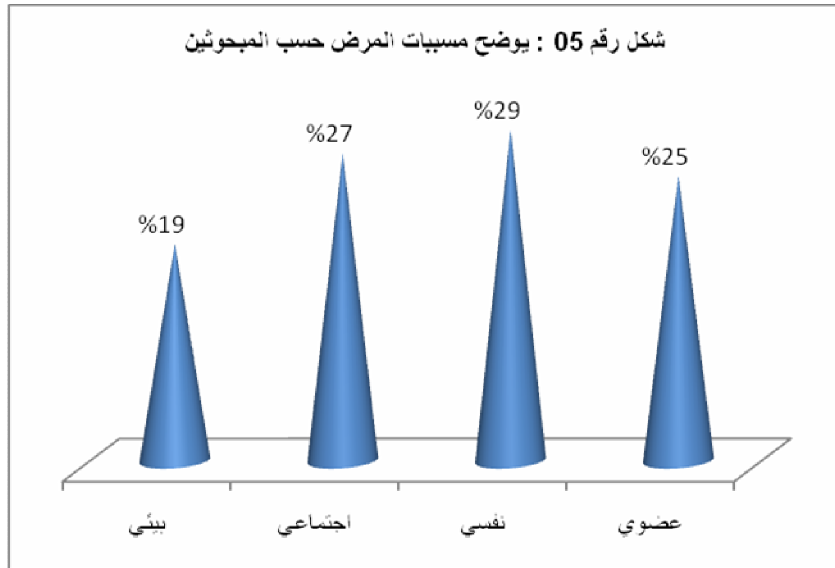
شكل رقم 04 : يوضح امكانية شرح المرض والعوامل المسببة له

بالرغم من أن معظم الأطباء المبحوثين يقولون بأنهم يشرحون العوامل المسببة للمرض.إلا أن ملاحظتنا في الميدان كانت عكس ذلك تماما حيث لاحظنا اكتفاء الطبيب بمجرد تشخيص للمرض وكتابته للوصفة الطبية , والتي كثيرا ما يمليها عليه المريض في حد ذاته مما يؤكد نقص وعي كل الأطراف . إلا أن هناك من الأطباء من يرى بعدم فائدة شرح الحالة المرضية للمريض , لان ذلك يرتبط حسب رأي بعضهم بالمستوى العلمي والثقافي للمريض . إضافة إلى كثرة المرضى خاصة في مؤسسات الصحة العمومية , وبالتالي الضغط الذي يخلقه هذا على الطبيب .

بالتالي يمكن القول أن خلق ثقافة صحية في المجتمع هي مسئولية كل أفراده وتحتاج في ذلك خاصة إلى دراسة الصحة في علاقتها بالبناء الاجتماعي , وعدم إهمال ارتباطها

بالمنظومة المجتمعية خاصة ما يرتبط منها بمفهومنا للصحة ومن ذلك أنماط السلوك غير الصحي.

حيث يرى الانثربولوجيين أن العامل الثقافي بمختلف محدداته له من الأثر على تعاملنا وفهمنا للصحة والمرض . مما ينعكس على تصورنا حقيقة أهمية الصحة في بناء المجتمع , هذا ما قد نلمسه من خلال تباين الآراء مثلا حول مسببات المرض في اعتقاد الكثيرين . وهذا في حد ذاته يعكس لنا مفهوم الصحة وما يرتبط بها من محددات



إن المرض باعتباره حدث بيولوجي يطرأ على جسم الإنسان ويحدث فيه تغيرات من عدة نواحي سواء كانت عضوية أو غيرها. فان حدوثه أي المرض قد يعود لأسباب وعوامل هي متداخلة حسبما يراها المبحوثين , إذ نجد أن النسب متقاربة بين العامل النفسي بالدرجة الأولى ثم الاجتماعي يليه كل من العاملين العضوي والبيئي .

قد نفسر ذلك بتعدد العوامل والظروف التي تتفاعل كلها في ظهور حالة مرضية معينة كما يؤيد ذلك نظرية الأسباب المتعددة للمرض التي جاءت لتدحض النظرية

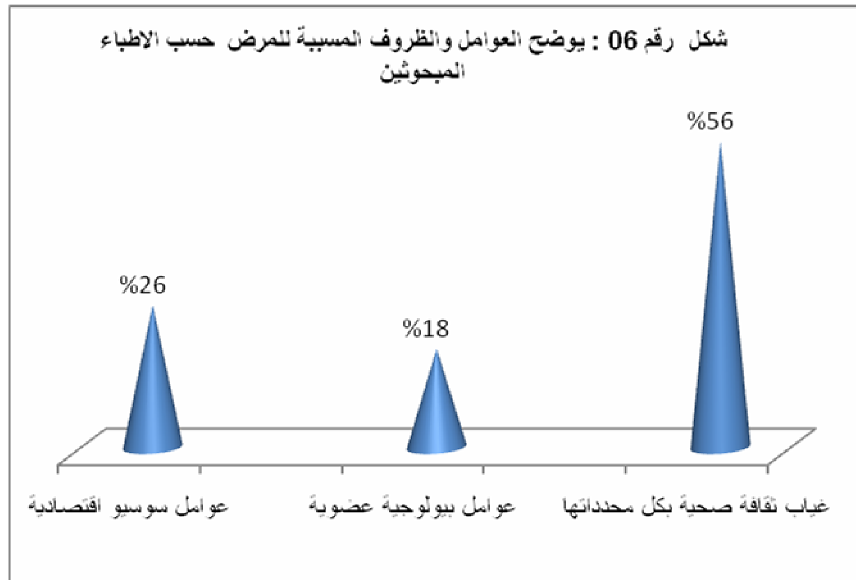
القائلة بان المرض هو عبارة عن حدث بيولوجي يحدث نتيجة عوامل متعلقة بالعضوية ومسبباتها أكثر بيولوجية مادية وفقط .

إن نظرة المبحوثين لمسببات المرض ترتبط بتصورات مختلفة . حيث يفسر كل واحد منهم المرض على حسب معطيات ترتبط بحالات فردية في الأساس وهذا ما لاحظناه في حوارنا معهم , خاصة الجانب المتعلق بضغوط ومشاكل الحياة المعقدة والظروف الاجتماعية المتدنية مما يساهم حسب الكثير منهم في حدوث أو تفاقم الحالة المرضية.

		الأمراض المنتشرة			المجموع
		مزمنة	معدية	أمراض مختلفة	
العوامل والظروف المسببة للمرض	غياب ثقافة صحية	*5*	*8*	*2*	*15*
	عوامل بيولوجية	*2*	*3*	*0*	*5*
	عوامل سوسيو اقتصادية	*2*	*5*	*0*	*7*
المجموع		*9*	*16*	*2*	*27*

جدول رقم 10 : يوضح العلاقة بين الأمراض المنتشرة والعوامل المسببة لها حسب الأطباء المبحوثين .

ألا يمكن أن نقول في هذا السياق بان العلية الأولى للمرض هي نفسية و اجتماعية قبل أن تتخذ صورة حادثة عضوية بيولوجية وهذا يؤكده الكثير من المختصين على أن الحالة النفسية للفرد قد تحدث مرضا عضويا كالاكتئاب والقلق وغيرها , وهذا ما تدعمه الفكرة القائلة بانتشار الأمراض النفسية وحتى العقلية في مدينتنا* , مجال الدراسة "تبسة".



إن الأمراض الناتجة لها من العلاقة المباشرة بالعامل النفسي والاجتماعي ما قد نشاهده ونلاحظه فيما بعد في صورة مرض عضوي . هذا الجانب الذي يركز عليه الأطباء . فالبر غم من أن العوامل والظروف المسببة للمرض حسب معظم الأطباء المبحوثين في دراستنا تتراوح بين المحدد الثقافي المتمثل في غياب ثقافة صحية بالدرجة الأولى , إضافة إلى البعد السوسيو اقتصادي وما يرتبط بذلك من مستويات المعيشة وأنماط التغذية المتوازنة , وغيرها من المتغيرات التي تؤثر على صحة أفراد المجتمع

*ملاحظة أو تعليق لأحد الأطباء المبحوثين وتأكيده على هذه النقطة بالذات.

وأخيرا العوامل البيولوجية العضوية , وهذا على اختلاف الأمراض المنتشرة في المدينة محل الدراسة .

إلا أن ملاحظتنا البسيطة أثناء الحوار مع الأطباء المبحوثين , وجدنا تركيزهم على الجانب العضوي في المرض ومن مؤشرات ذلك طريقة التشخيص وتعامل الطبيب مع الحالات المرضية المختلفة . حيث لاحظنا تشخيص للأعراض من الناحية البيولوجية في ظل غياب للحوار مع المريض للتعرف على المسببات الحقيقية للمرض في جميع أبعادها . مما قد يساعد على اجتناب تلك المسببات من خلال إتباع جملة من القواعد الوقائية فربط المرض بالجانب العضوي فقط بغض النظر عن أبعاد أخرى يعني رؤية

قاصرة لا تمكننا من فهمه في إطار بنيته الاجتماعية , ومن ثمة اتخاذ الإجراءات اللازمة لتفادي حدوث الأمراض وخاصة درجة انتشارها , وما لذلك من اثر على المجتمع في جميع مستوياته . ولا يكون ذلك إلا من خلال تشريح المرض إلى كل عناصره باعتباره نتاج جملة من العوامل التي قد تنشا وتتطور وفقا لعوامل نفسية واجتماعية لتكون في النهاية ظاهرة عضوية لمحصلة متداخلة الأبعاد والجوانب فالأمراض لا تحدث فقط نتيجة عوامل عضوية فقط , بل حتى اجتماعية وتؤثر بذلك على المجتمع على اعتبار أن ثنائية الصحة والمرض تمثل أبنية اجتماعية ترتبط بمحددات اقتصادية وثقافية واجتماعية .

إن قراءة وفهم هذه المعطيات يمكننا من التقليل من تحمل العبء المرضي الذي ينعكس على المجتمع في جميع مستوياته ومظاهر الديناميكية فيه , بما في ذلك ما ينعكس على جهود التنمية بصفة خاصة .إلا أن الواقع يتكلم عكس ذلك , فالتركيز على الجانب العضوي في المرض يمكن أن يزيد من تفاقم الحالات المرضية . خاصة أننا لم نستوعب لحد الآن بان الصحة بنية اجتماعية تتفاعل فيها مختلف الأبعاد المتصلة بحركية المجتمع ومختلف المظاهر والعمليات التي تتم في إطاره , وبصورة تفاعلية هذه النظرة تؤكدها

معايشتنا للكثير من الحالات خاصة ما جاء منها في سياق مقابلتنا وحوارنا مع بعض مدراء المؤسسات الصحية خاصة العمومية منها , والتركيز الذي كان على الجانب العلاجي في مقابل الإغفال النسبي لأهمية الصحة الوقائية في المجتمع . ومن ذلك التو صيم الاجتماعي للمريض (الإنسان المعتل) * على أساس التعامل مع شخص مريض في الأساس دون غيره من أفراد المجتمع الأصحاء وبصفة إلزامية .

ألا يمكن في هذه الحالة أن نفسر ذلك بغياب ثقافة الصحة الوقائية , في إطار

ارتكاز الصحة في مجتمعاتنا على البعد العلاجي وغياب سياسة صحية متكاملة ومبنية على أساس خصوصيات مجتمعنا , حيث لا يكون العمل ظرفي وبطريقة عشوائية تزامنا مثلا مع ظهور أو بروز بعض الأمراض , وذلك يتطلب التهيؤ مسبقا لمعالجة ومنع ظهور مثل هذه الحالات من خلال التركيز على الجانب الوقائي أكثر من البعد العلاجي الذي له من الآثار السوسيو اقتصادية جد الخطير على المجتمع بأكمله .

كما رأينا سابقا فان الصحة ترتبط بمختلف الأبعاد المجتمعية , لذلك فان معالجة مختلف الجوانب المرتبطة بها فيما يتعلق بالوصول إلى تحقيق مستوى صحي جيد في المجتمع يحتاج في ذلك إلى فهم ودراسة الصحة من خلال علاقتها بمختلف الأنساق المشكلة للمجتمع , وهذا يتطلب تضافر جهود كل أفراد المجتمع , لكن بالدرجة الأولى الفاعلين في مجال الصحة بما يتماشى وتغيير الذهنيات التي تشوبها الكثير من الأفكار الميتة التي من شانها أن تكون معوقا أمام أي حركية مجتمعية للتغيير والنهوض بالمجتمع بما في ذلك ما يتعلق بالمنظومة الصحية في المجتمع وأهميتها وكذا دورها في النهوض به من خلال المساهمة في بناء الإنسان السليم الذي يعيش في إطار مجتمع

* التأكيد على هذه الفكرة جاء خلال مقابلة احد مدراء مؤسسات الصحة العمومية.

صحي وخالي من الأمراض مهما كانت سواء أمراض اجتماعية , نفسية أو عضوية . التي سيكون لها من الآثار السلبية على كل النواحي في المجتمع.

إن الوصول لهذا المستوى يتعلق بالكثير من العوامل والمحددات ومن جملتها ما سنتعرض له في هذه الدراسة من خلال التركيز على قراءة الوضع الصحي في مدينة "تبسة " على ضوء بعض المؤشرات , وهذا ما سنجده في عناصر الفصل الموالي الذي جاء تحت عنوان "الصحة في " تبسة" بين الواقع والمأمول.

الفصـــــل الســـادس : الصحـــــة في " تبســـة " بين الـــــــواقع والمأمــــول

1- مونوغرافيــا الصحــة فـي مدينــة " تبســة "

1-1 الإمكـــانـــات البشريـــة

1-2 الإمكـــانـــات الماديـــة

2- الصحــة في " تبســة " بين المــآخذ والتطلعــات

عرفت المجتمعات الإنسانية تحولات كبيرة وعلى جميع المستويات وذلك مواكبة للتطورات الحاصلة في كل المجالات , وجاء هذا في سياق جملة المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية وغيرها من المتغيرات التي أحدثت حراكا كبيرا حتى على مستوى البناء الاجتماعي ككل.

كان من انعكاسات ذلك ازدياد احتياجات أفراد المجتمع وتنوعها بالتزامن مع جملة التغيرات الحاصلة في المجتمع , وعلى جميع المستويات ولم تقتصر المتطلبات المتزايدة على الجانب الكمي فقط . بل تعداه إلى الجانب النوعي وما يرتبط به من جملة محددات , فقد كانت الحاجة فيما سبق مثلا إلى التعليم في شقه الكمي نظرا إلى خصوصية الوضع آنذاك .أما اليوم ونحن نعيش عالم التكنولوجيا والفضاء المفتوح فإننا مطالبون بتحقيق النوعية , وهذا ما يمكن أن نسقطه على باقي المجالات ومن ذلك الصحة التي أصبحت مطلبا وحقا في آن واحد , ففي سياق متغيرات عالمية أصبحت الصحة من أهم المؤشرات التي يقاس بها درجة تطور مجتمع ما . والتي تقاس بمؤشرات كمية وأخرى نوعية وكيفية , والهدف من ذلك كله تقييم الوضع الصحي في أي مجتمع بغية تقويمه بما

يتماشى وتطلعات أفراد المجتمع من اجل الوصول إلى مستويات صحية جيدة , واثر ذلك على عملية التنمية في مجمل مدخلاتها ومخرجاتها.

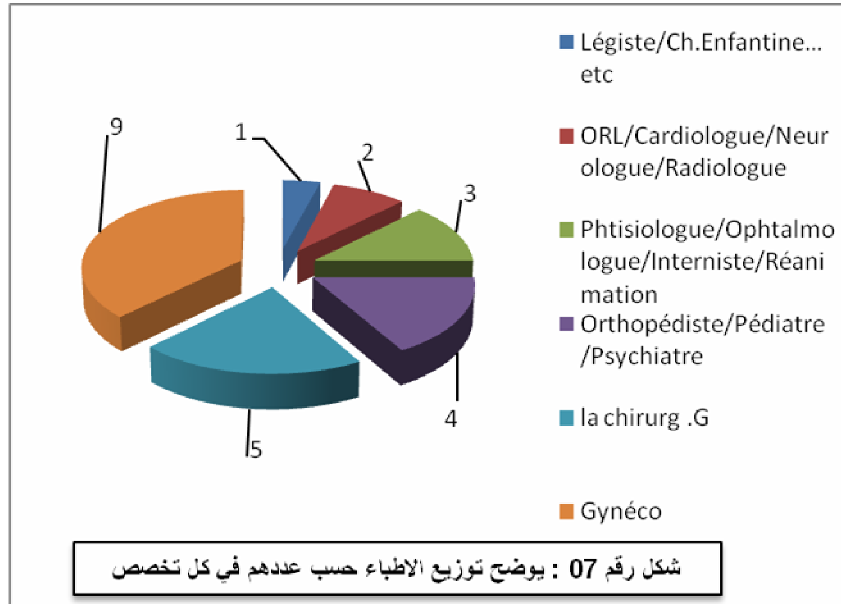
1- مونوغرافيا الصحة في مدينة تبسة

في هذا العنصر سنحاول تقريب صورة الوضع الصحي في مدينة "تبسة" مجال الدراسة من خلال جملة المعطيات المتعلقة بجانب الإمكانات المادية وكذا البشرية المتوفرة .

1-1 الإمكانات البشرية : يعتبر العامل أو المورد البشري , المحرك الرئيسي في عملية التنمية الشاملة للمجتمع , وما يرتبط بذلك من محددات سواء تعلق الأمر

بالبعد الكيفي أو حتى البعد الكمي على اعتبار أن قوة أي مجتمع تكمن فيما يمتلكه من رأسمال بشري .على هذا الأساس فان تقييم الوضع الصحي فيما يتعلق به من وجود الإمكانات اللازمة للوصول إلى مستويات صحية جيدة في مجتمعنا يرتبط في جزء معين منه بما يتوفر عليه من إمكانات حتى البشرية منها, وفي هذا الإطار سنركز خاصة على فئة الأطباء وكذا الصيادلة باعتبارهم فاعلين رئيسيين في مجال الصحة .

تتوفر مدينة "تبسة" من جانب القطاع الخاص على 35 طبيب عام .أي بمعدل طبيب واحد لكل 6000 ساكن , أما بالنسبة للأطباء الأخصائيين تعد المدينة حوالي 54 طبيب مختص يتوزعون على اختصاصات مختلفة .



شكل رقم 07 : يوضح توزيع الاطباء حسب عددهم في كل تخصص

إن التخصصات الموجودة على مستوى مدينة "تبسة" لا تخضع لمعايير محددة أي وفقا لاحتياجات أفراد المجتمع , وكذا طبيعة الأمراض الموجودة والمنتشرة والتي

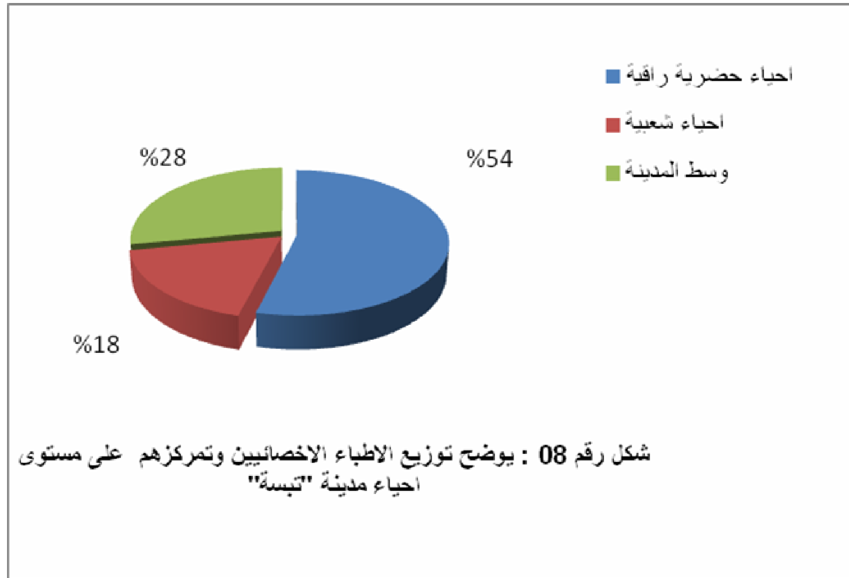
تتطلب توفر اختصاصات معينة . فهناك من التخصصات التي لا توجد أصلا مثل الجراحين الاختصاصيين مثلا , إضافة إلى قائمة من الاختصاصات الأخرى التي لا يمكن حصرها في هذا المقام , و العدد غير الكافي من الأطباء الموجودين كتخصص الجراحة العامة والقلب والإنعاش وغيرها من التخصصات التي نجد فيها طبيبا واحد فقط لكل اختصاص . مما يضطر المرضى إلى التنقل إلى مدن أخرى كما قيل لنا ذلك نظرا لعدم قدرة وكفاية الأطباء الموجودين لتغطية صحية جيدة وفقا لتزايد عدد السكان والنمو الديموغرافي وانتشار بعض الأمراض التي تحتاج إلى عدد أكثر لتغطية احتياجات أفراد المجتمع فيما يخص الجانب العلاجي والاهم منه البعد الوقائي . حيث نسجل في هذا الخصوص تغطية صحية بمعدل طبيب أخصائي واحد لأكثر من12000 ساكن .

بالرغم من أن معظم الأطباء الأخصائيين يتمركزون في مقر الولاية "مدينة تبسة" مقابل وجود 8 أخصائيين يتوزعون على مختلف الدوائر والبلديات . مما يسجل عجزا في التغطية الصحية , مع ملاحظة انتقال العديد من الأطباء الأخصائيين إلى المدن الكبرى خاصة . أفلا يمكن أن يكون ذلك عامل من عوامل ضعف مستوى الخدمات المقدمة ? ألا يمكن أن نفسر ذلك بان مدينتنا أصبحت منطقة طرد , وهي في حاجة الآن تكون منطقة جذب واستقطاب لمختلف الكفاءات , مع ملاحظة من نقص التغطية الصحية واثر ذلك على المستوى الصحي في المدينة بصفة عامة .

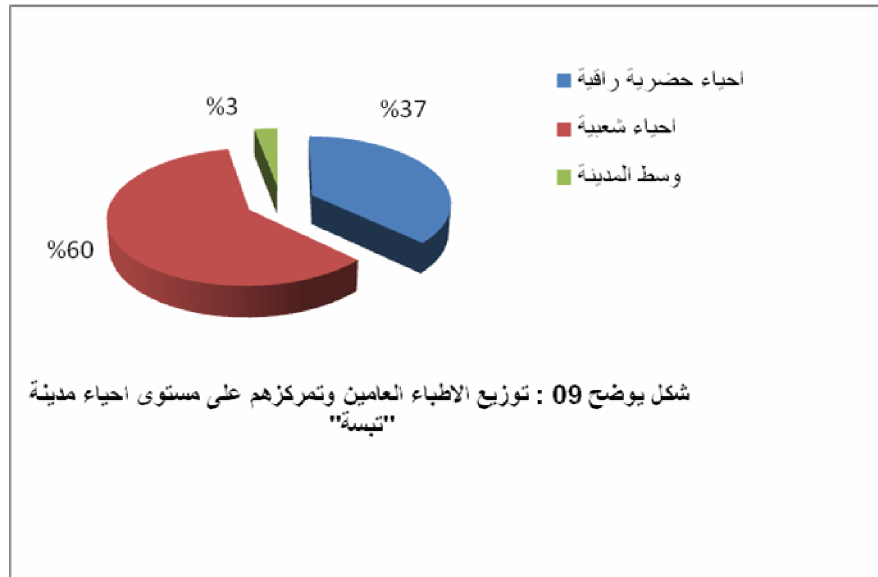
إن الفاعلين في مجال الصحة المجتمعية من فئة الأطباء وكذا الصيادلة تمثله حلقة الوصل بين الصحة وكل أفراد المجتمع , ومن خلال شبكة العلاقات الاجتماعية التي تنشا بين كل الأطراف بغية تحقيق المعادلة الصحية لكل أفراد المجتمع .في سياق علاقة تفاعلية متبادلة التأثير و التأثر .

هذا يكون وفقا لجملة من المحددات منها مثلا توزيع وتمركز مثل هذه الفئات على

مناطق معينة أكثر من أخرى . مما قد يكون له دلالة سوسيولوجية قد تعبر عن علاقة كل فئة بطبقة معينة من المجتمع وما يعكسه من صور وأشكال للتفاعل والسلوك.



شكل رقم 08 : يوضح توزيع الاطباء الاخصائيين وتمركزهم على مستوى احياء مدينة "تبسة"



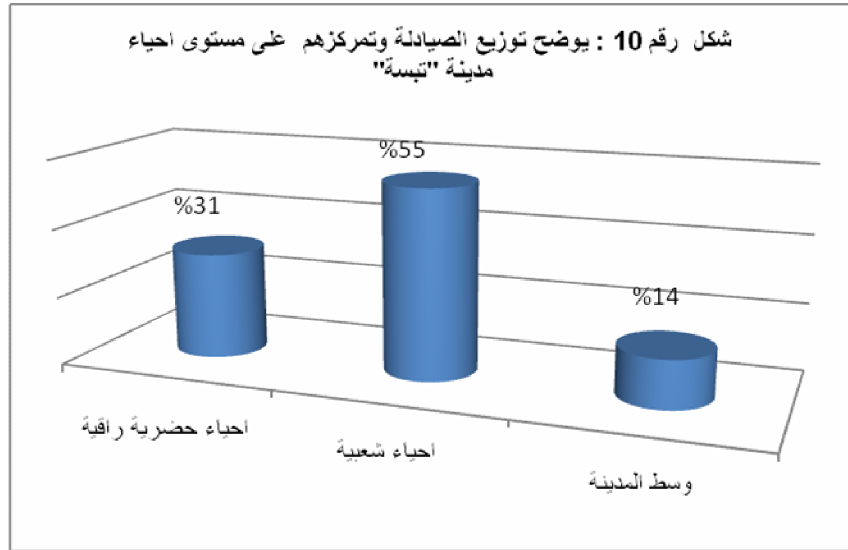
شكل يوضح 09 : توزيع الاطباء العامين وتمركزهم على مستوى احياء مدينة "تبسة"

يمكن القول انه لا تزال لدينا نظرة غير صحية لدور ومكانة الطبيب في المجتمع من ذلك نلاحظ توزيع الأطباء الأخصائيين الذين يتمركزون في الأحياء الحضرية

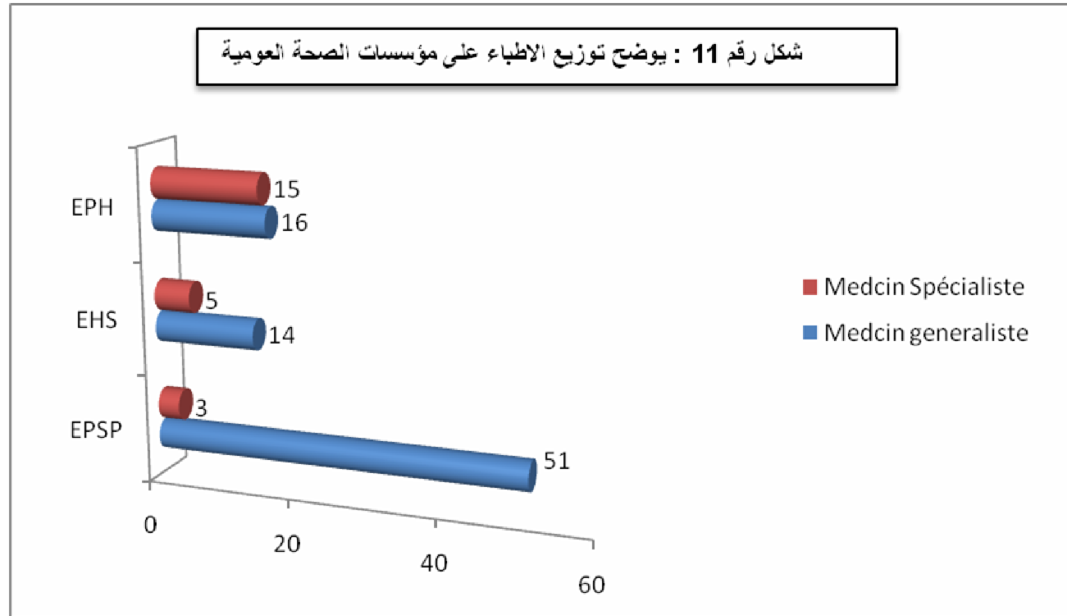
والراقية بالدرجة الأولى , وكان ذلك يعني ارتباط مكانته الاجتماعية بخصوصيات هذا الوسط أو البيئة التي يسكن فيها أفراد الطبقات الاجتماعية العليا في المجتمع (البرجوازية) و دورهم سيقتصر على علاج أفراد هذه الطبقة دون غيرها .

هذا ما قد يوحي به هذا التموقع من خلال المكانة التي قد يسعى الطبيب لتحقيقها وفقا لعدة اعتبارات منها مكان تمركزه خاصة في المناطق الحضرية ووسط المدينة والتي تمثل مراكز جذب كلاسيكية على عكس أماكن أخرى بما فيها الأحياء الشعبية التي تمثل فيها الطبقات الاجتماعية الأقل حظوة (مراكز اجتماعية متدنية) النسبة الأكبر من سكانها , وكان الصحة وفقا لهذا المنطق هي ملك لأفراد الطبقات الاجتماعية العليا مقابل حظ اقل للطبقات الاجتماعية الأخرى , وهذا ما قد يوازي إعادة إنتاج الفوارق الاجتماعية بمختلف صوره وأشكاله , وما قد يدل على ذلك توزيع الأطباء العامين الذي يختلف عن الأطباء الأخصائيين . حيث نجدهم يتمركزون خاصة في الأحياء الشعبية .

إن هذا يطرح سؤالا عن أسباب وعوامل هذا الاختلاف والتمايز الاجتماعي ? ألا يمكن أن نربط ذلك بقيمة ومكانة الطبيب العام في المجتمع مقارنة بالطبيب الأخصائي الذي قد يمثل الطبقة الاجتماعية العليا في المجتمع . في حين يمثل الطبيب العام الطبقة الاجتماعية الدنيا أو المتوسطة , بينما يتمركز الصيادلة في مدينة "تبسة" بصورة مقاربة لتموقع الأطباء العامين . وهم الذين يمثلون 58 صيدلي على مستوى المدينة بمعدل صيدلي واحد لأكثر من 4000 ساكن .



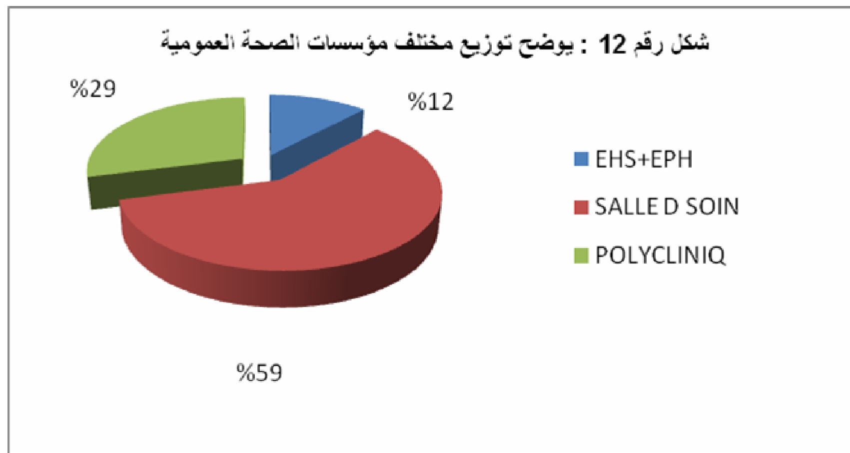
بالنسبة للتغطية الصحية من حيث الأطباء لاحظنا أنها منخفضة نسبيا . فيما يخص القطاع الخاص , أما بالنسبة لمؤسسات الصحة العمومية فهي ضعيفة نوعا ما مقارنة بالخواص حيث نسجل تغطية بمعدل طبيب عام واحد لأكثر من 8000 ساكن في مقابل طبيب أخصائي واحد لما يقارب 30000 ساكن , مما قد يؤدي وفقا لهذه المعطيات إلى تدني مستوى الخدمات المقدمة على مستوى مؤسسات الصحة العمومية في ظل انخفاض التغطية الصحية فيما يخص تعداد الأطباء الذي نلاحظ نقصا فيه على مستوى المدينة سواء فيما تعلق بمؤسسات الصحة العمومية أو حتى القطاع الخاص مع ملاحظة عجز خاصة بالنسبة للأطباء الأخصائيين حيث نجد 15 طبيب أخصائي فقط على مستوى مؤسسة استشفائية متخصصة مما يؤكد النقص المسجل في الإمكانات البشرية على مستوى مدينة " تبسة " فيما يخص المؤسسات الصحية بمختلف تصنيفاتها وأدوارها في هذا المجال الحيوي بالنسبة للمجتمع .



2-1 <u>الإمكانات المادية</u> : بالإضافة إلى الإمكانات البشرية المتمثلة أساسا في الرأسمال البشري الذي يعتبر المحرك الأساسي لأي مجال . نجد أيضا الإمكانات المادية التي تمثل المحرك الثاني بعد العنصر أو المورد البشري , فتوفر الإمكانات المادية مع وجود الرأسمال البشري القادر على استغلالها بالشكل الملائم وفي السياق المناسب يعطي دفعة إضافية لأي مجال ومنها الصحة التي تحتاج في احد أبعادها إلى توفر الإمكانات المادية الضرورية لتقديم مختلف الخدمات الصحية , ومن هذه الإمكانات نجد الهياكل والمؤسسات الصحية التي يجب أن تغطي احتياجات أفراد المجتمع .وتتماشى في ذلك مع المتطلبات المتزايدة لتحقيق الصحة للجميع .

حيث نجد في مدينة" تبسة" 17 مؤسسة للصحة العمومية , منها مؤسستين استشفائيتين احدها تمثل مؤسسة استشفائية متخصصة في التوليد وأمراض النساء وهي الوحيدة على مستوى المدينة كمؤسسة متخصصة . حيث لا نجد مؤسسات استشفائية متخصصة في فرع طبي آخر , إضافة إلى المؤسسة الاستشفائية "عاليا صالح" والتي تقدم خاصة الخدمات الاستعجالية , إضافة إلى ذلك نجد 5 عيادات متعددة الخدمات

بمعدل عيادة واحدة لتغطية احتياج أكثر من 40000 ساكن على مستوى المدينة ووجود10 قاعات علاج موزعة على بعض أحياء المدينة .لا نعرف في ذلك معيار التوزيع الذي تخضع له . بعدل قاعة علاج لكل20000 ساكن مما يضطرنا إلى الحديث عن تكثيف المجهودات من اجل العمل على تحسين التغطية الصحية خاصة في إطار الأهداف المتعلقة بتقريب الصحة لكل أفراد المجتمع , ولا يكون ذلك بإنشاء مؤسسات صحية بمختلف أشكالها بصورة عشوائية , خاصة فيما تعلق بعامل الكثافة السكانية , وضرورة وضع واعتماد معايير متكاملة في إنشاء مثل هذه المؤسسات الصحية .



بالرغم من الأهداف المتعلقة بتقريب الصحة للمواطن وذلك من خلال إنشاء قاعات العلاج الجوارية والعيادات المتعددة الخدمات والتي تمثل النسبة الأكبر من بين مؤسسات الصحة العمومية الموجودة على مستوى مدينة "تبسة" . إلا أن تغطيتها للخدمات الصحية يبقى ضعيفا مقارنة مع الكثافة السكانية . إضافة إلى مشكل توزيع مختلف هذه الهياكل الصحية , والذي يكون عادة بطريقة عشوائية . مما قد يشكل ضغطا على المؤسسات العمومية الاستشفائية من جهة في مقابل نقص الإمكانات البشرية كما رأينا وكذا الوسائل المادية من جهة أخرى. حيث تتوفر مختلف هذه المؤسسات مثلا على 14 سيارة إسعاف إجمالا . أي بمعدل سيارة إسعاف لأكثر من

15000 ساكن , و390 سرير أي ما يمثل سرير لكل 500 ساكن إضافة إلى وجود 3 قاعات للعمليات الجراحية بمعدل قاعة لخدمة أكثر من 60000 ساكن , في حين نجد 7

مخابر تحاليل على مستوى المدينة أي بمعدل مخبر واحد للتكفل باحتياج 30000 ساكن , وجهاز تصوير للأشعة لكل 30000 ساكن أيضا في حين نجد جهاز سكانير واحد لأكثر من 200000 ساكن .

إن السؤال المطروح هو هل تكفي هذه الوسائل المادية وكذا الموارد البشرية الموجودة من اجل الوصول إلى تحقيق مستوى صحي جيد في المجتمع . من خلال التغطية الصحية الضرورية على الأقل لكل فرد ؟ . وهذا ما سنجيب عليه من خلال العنصر المقبل والمعنون بالصحة في " تبسة " بين المآخذ والتطلعات .

2- الصحة في " تبسة " بين المأخذ والتطلعات

إن تقييم الوضع الصحي في أي مجتمع يرتبط أساسا بمعرفة المظاهر السلبية فيه من اجل تقويمها والأبعاد الايجابية بغية تثمينها والمحافظة عليها وكذا محاولة تطويرها من اجل الرقي بالمستوى الصحي في المجتمع . التي تمثل فيه الصحة مرآة عاكسة لحالة من الديناميكية أو السكون, وهذا يعني الاختيار بين أن تكون الصحة عاملا من عوامل النهوض بالمجتمع أو العكس . على أنها أي الصحة تمثل مدخلا من مدخلات التنمية ومخرجا من مخرجاتها في نفس الوقت.

		مستوى الصحة في المدينة			المجموع
		ضعيف	متوسط	جيد	
وجود نقائص في مجال الصحة	نعم	50	21	3	74
	لا	1	5	0	6
المجموع		51	26	3	80

جدول رقم 11: يوضح نقائص الصحة ومستواها في مدينة "تبسة"

إن تقييم مستوى الصحة يعني بالضرورة ربطه بمجموعة من المتغيرات والمؤشرات المحددة لهذا الوضع . حيث نجد من يربطه بصورة مباشرة بالإمكانات

المادية وهناك من يصله بنوعية الخدمات المقدمة عموما , وفي ذلك نجد أسلوب التعامل مع الأفراد وغيرها من السلوكيات التي تعطيك تصورا عاما على طبيعة أي نظام.

من هنا جاء تقييم الكثير من المواطنين المبحوثين ممن تم استطلاع رأيهم حول مستوى الصحة بمدينة" تبسة " بأنه ضعيف جدا على العموم . حيث يؤكد اغلبهم على وجود العديد من النقائص في مجال الصحة في مدينتهم . ولذلك جاء تقييم الكثير منهم لضعف مستوى الصحة في مدينة " تبسة ", بالتالي فان النقائص التي قد تمس مجال الصحة مما يؤثر وينعكس سلبا على أداء المنظومة الصحية في المجتمع وعلى جميع مستوياته وأنساقه مهما كانت تلك النقائص . والتي يحصرها المواطنين المبحوثين في الدراسة خاصة في سوء التنظيم ونقص الإمكانات ونوعية الخدمات الصحية المقدمة والتي تكون عموما ضعيفة حسبهم مع تركيز الكل هنا على الجانب السلوكي والمعاملات من طرف مستخدمي الصحة وإهمال البعد الإنساني .

هذا ما قد يبرر تقييمهم للمستوى الصحي بالمدينة بالمتدني , وهذا ما أكدته مقابلتنا لبعض الصيادلة في المدينة من خلال وصفهم للوضع الصحي بالمتدهور وأحيانا الكارثي خاصة بمقارنتهم للوضع بمدن أخرى لها نفس الخصوصيات و الإمكانات تقريبا . ومن ذلك على الخصوص حسب وجهة نظر اغلبهم السلوكيات غير الصحية بل المرضية في بعدها اللاانساني من جانب المعاملات السيئة , وهذا ما اقره الكثير من المواطنين الذين يؤكدون كما قلنا سابقا على جانب المعاملات . فبالنسبة لهم مثلا اختيار الطبيب المعالج تتصل خاصة بعنصر المهارة مع ملاحظتنا لتركيزهم على طريقة التعامل .

حيث عبر أغلبية المواطنين وفي كثير من المواطن عن غيابها أو تغييبها في مجتمعنا ومدينتنا على وجه الخصوص . ومن ذلك تغييب الجانب الإنساني في المعادلة التي ترتكز أساسا على شبكة علاقات اجتماعية يمكن أن نقول عنها بأنها غير متصلة في حلقاتها . ربما لبروز الجانب المادي على غيره من الجوانب , إلا أن المآخذ المتعلقة

بجانب المعاملات لا تقتصر فقط على مستخدمي الصحة والفاعلين فيها حيث يؤكد بعض مديري المؤسسات الصحية على قلة الوعي حتى بالنسبة للمواطنين . مما يصعب في كثير من الأحيان عليهم تقديم الخدمات اللازمة , وهذا ما لاحظناه من طوابير خاصة على مستوى المؤسسة الاستشفائية والاستعجالات . في ظل تأكيد المسئولين على عدم فعالية الأداء في تقديم الخدمات الصحية اللازمة .مع ملاحظتنا أن معظم مدراء المؤسسات الصحية الذين تم مقابلتهم في إطار إجراء هذه الدراسة أكدوا عل المستوى الجيد للصحة في مدينة "تبسة" وذلك في إطار تركيزهم على توفر الإمكانات المادية على وجه الخصوص وتقديم خدمات صحية جيدة للمواطن . وهذا ما لا يراه الكثير من المبحوثين من خلال استطلاعنا لرأي المواطنين في ذلك , وهذا ما لم نلمسه أيضا من خلال نظرة المبحوثين لمختلف المؤسسات الصحية على مستوى المدينة .

		المؤسسات الصحية التي تقدم خدمات أفضل		المجموع
		العيادات الخاصة	م . الصحة العمومية	
التوجه إلى مؤسسات الصحة العمومية	نعم	28	6	34
	لا	38	8	46
المجموع		66	14	80

جدول رقم 12 : يوضح نظرة المبحوثين للخدمات المقدمة على مستوى مختلف المؤسسات الصحية مقابل التوجه إلى مؤسسات الصحة العمومية .

يرتكز النظام الصحي في أي مجتمع عموما على نسق مؤسساتي من شانه العمل على تقديم رعاية صحية لأفراد المجتمع , وضمن نسق الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية نجد أن هناك تفضيل من قبل معظم المبحوثين للخدمات التي تقدمها مؤسسات الصحة الخاصة عنه للخدمات المقدمة في مؤسسات الصحة العمومية وبالتالي التوجه إلى القطاع الخاص أكثر من التردد على مؤسسات الصحة العمومية خاصة مع الإشارة إلى

عامل نقص التعامل الجيد الذي يمثل عامل طرد مع الاتفاق على وجود نقائص في الجانبين (الخاص والعام) .

		وجود نقائص في مجال الصحة		المجموع
		نعم	لا	
المؤسسات التي تقدم خدمات أفضل	مؤسسات الصحة العمومية	10	4	14
	العيادات الخاصة	64	2	66
المجموع		74	6	80

جدول رقم 13 : يوضح العلاقة بين وجود نقائص في الصحة مع تقييم المبحوثين لمستوى الخدمات المقدمة .

يرى معظم المواطنين المبحوثين أن مؤسسات الصحة الخاصة (عيادات خاصة) هي أفضل من ناحية الخدمات المقدمة مقارنة بمؤسسات الصحة العمومية. في حين تعليق الكثير على إمكانية الحصول على خدمات جيدة فيها لكن بشرط وجود شبكة علاقات غير رسمية وشخصية , وهذا ما يحدث خاصة نتيجة غياب قنوات الاتصال الرسمية . و أثر ذلك من الانحرافات التي قد تنعكس على البناء الاجتماعي ككل وما يترتب عنه من خلل في أداء الأدوار , وما يرتبط في ذلك من ثقافة تنظيمية للأفراد

ضمن نسق المؤسسات الصحية التي قد لا تتصل بمفهوم ايجابي للدور والمكانة الاجتماعية وبالتالي وجود النظرة السلبية للمواطن على هذه المؤسسات التي يسودها قلة التنظيم وسوء التسيير , وهذا ما اقره الأطباء المبحوثين من بين جملة النقائص التي تحسب على تدني مستوى الصحة في مجتمعنا ويتمظهر ذلك حسبهم في الإهمال وعدم وجود حملات تحسيسية وما لذلك من دور في تحسين مستوى الصحة في أي مجتمع .

إن تغييب هذا الأسلوب الفعال في الاتصال بين مختلف الشرائح الاجتماعية والفاعلين في مجال الصحة , قد يؤثر على المستوى العام للصحة في المجتمع . من انتشار لبعض الأمراض الناجمة عن العدوى نتيجة عدم التنبيه لقواعد الوقاية وتفادي الاحتكاك بالعوامل المسببة مباشرة لبعض الأمراض , فعدم وجود أو قلة الحملات التحسيسية فيما يتعلق بالصحة خاصة الوقائية , له من الانعكاسات ما يؤثر على أداء المنظومة الصحية عموما . وهذا ما يحسب من النقائص إضافة إلى قلة التنسيق بين مختلف المؤسسات المسئولة عن الصحة في مدينة "تبسة" حسب ما يراه معظم الأطباء المبحوثين في الدراسة . دون إغفال الجانب المتعلق بنقص في الإمكانات البشرية من أطباء أخصائيين على وجه الخصوص . وكذا الإمكانات والوسائل المادية على خلاف رأي معظم المسئولين الذين يرون بتوفر هذه الإمكانات والوسائل , فيما ينحصر النقص حسب اغلبهم في قلة الموارد البشرية من الأطباء على وجه الخصوص .مما جعل معظم مدراء المؤسسات الصحية العمومية الذين تمت محاورتهم وتأكيدهم في ذلك على كفاية الإمكانات المتوفرة على مستوى مختلف المؤسسات الصحية مما يضمن تقديم الخدمات الصحية اللازمة . في حين يبقى حسبهم مشكل ذهنيات على أساس تحميلهم مسؤولية الفوضى الحاصلة في بعض الأحيان إلا أن تغيير العقليات كما قيل لا يمكن أن يأتي من فراغ . فهو مسئولية جميع أفراد المجتمع وبالدرجة الأولى فيما يخص مجال الصحة هو دور المسئولين , فكيف لنا بتغيير الذهنيات في ظل غياب عمل منظم

يهدف إلى مثل هذا التغيير الذي يعتبر جذريا بالنسبة للبناء الاجتماعي وابسط مظاهر ذلك قلة حملات التوعية والتحسيس . الذي يحمل مسئوليتها بعض المسئولين لدور الإعلام , لكن أين هو العمل الجواري لمختلف مؤسسات الصحة العمومية خاصة ? ومن مظاهر ذلك ما يقره الأطباء المبحوثين من نقائص على مستوى القطاع الخاص . والتي يحصرونها في غياب الرقابة ونقص التنسيق بين مختلف الهيئات المعنية بالصحة في مدينة "تبسة" , وغياب قنوات الاتصال التي تقتصر على الاتصال في شكله العمودي

النازل حسب بعض الأطباء المبحوثين , واقتصارها من طرف المؤسسات المسئولة عن الصحة في المدينة على الأوامر الفوقية وضرورة تطبيق لوائح تتعلق مثلا بالعطل وغيرها من المسائل البسيطة , في ظل نقص تنسيق للجهود من اجل تحسين المستوى الصحي في مدينتنا .

الملاحظ هنا إلقاء اللوم من طرف أطباء المؤسسات العمومية على الخواص والعكس صحيح . كملاحظة الاهتمام بالجوانب المادية على حساب صحة المريض في ظل استبعاد الجانب الإنساني , وهي ملاحظة الكثير من المواطنين كما رأينا سابقا حيث يبرره البعض ومنهم مسئولي المؤسسات الصحية العمومية بالضغط الحاصل نتيجة نقص الأطباء وعدم القدرة على تغطية الاحتياجات المتزايدة مما ينعكس سلبا على نوعية الخدمات المقدمة , وكثرة الفوضى وعدم التكفل بالمريض أو الفرد بصورة ملائمة و صورة ذلك قد نراها تتجسد في مؤسسة الاستعجالات التي يقدم فيها يوميا 400 حقنة , والإقبال من طرف كل الفئات والشرائح الاجتماعية . مقابل النظرة السلبية التي لمسناها عند معظم المبحوثين المواطنين الذين اقر الكثير منهم بعدم التردد على مؤسسات الصحة العمومية , إلا أن ذلك يتناقض مع ما لاحظناه من تواجد كبير للمواطنين على مستوى مثلا المؤسسة الاستشفائية العمومية .ولعل ذلك يمكن تفسيره بالضرورة خاصة في بعض الحالات المتعلقة أساسا بالظروف المعيشية وعدم القدرة

على التوجه إلى عيادات الصحة الخاصة , وهذا ما أكده الكثير من الذين اقروا لنا بتوجههم إلى مؤسسات الصحة العمومية مع اضطرارهم لذلك , بالرغم من نظرتهم السلبية وعدم رضاهم على الخدمات المقدمة لهم . في ظل تضافر جملة من العوامل التي تحسب من جانب النقائص التي يردها مدراء مؤسسات الصحة العمومية في المدينة أساسا إلى جانب الموارد البشرية وقلة الأطباء أساسا الأخصائيين . خاصة أننا لاحظنا أثناء دراستنا الميدانية أن معظم الأطباء المتواجدين على مستوى مؤسسات الصحة

العمومية هم من فئة الشباب . وقد يكون ذلك مؤشرا ايجابيا من خلال إعطاء الفرصة لفئة الشباب خاصة في اكتساب الخبرة والتجربة , ويمكن أن نقرا ذلك أيضا على أساس الحراك الحاصل خاصة من طرف الأطباء ذوي الخبرة والتجربة الطويلة في المهنة إلى إنشاء العيادات الخاصة , وما قد يرتبط في ذلك من تصور لمكانة الطبيب الاجتماعية في إطار نسق الدور المتوقع والذي لا يمكن تحقيقه حسب الكثير من الأطباء المبحوثين من خلال العمل في مؤسسات الصحة العمومية وان كانت محطة ضرورية للمرور . إلا أنها لا تحقق وجودهم وذاتهم في ظل انعدام فرص الإبداع والمبادرة ؟

إن ذلك لا يكون إلا في مجتمع حركي فلا يمكن للفرد أن يكون فعالا وايجابيا في مجتمع ساكن (ميت) لا يسعى إلى إيجاد آليات و ميكانيزمات من شانها تحريك المجتمع والنهوض به , وهذا لا يمكن أن نتوصل إليه إلا من خلال الاهتمام بالعامل البشري الذي يمثل رأس مال هام جدا لتحريك عجلة التنمية و النهوض بالمجتمع و الرقي به إلى مصاف المجتمعات المتطورة , التي تعرف قيمة الثروة الأساسية ألا وهي الإنسان الذي يجب أن نوفر له كل الأسباب والظروف التي تمكنه من خلق وإنتاج الثروة وجعلها قيمة مضافة .

عندما نتحدث عن الصحة وأهميتها في المجتمع لابد من الإشارة إلى ضرورة العناية بالمورد البشري . فيما يتعلق بكل الفاعلين في مجال الصحة , حيث لاحظنا من تذمر من قبل الصيادلة المبحوثين من حيث وجود بعض الصعوبات بالنسبة لهم , خاصة ما تعلق بغياب قانون يحمي هذه الفئة . وكثرة العراقيل والمشاكل الإدارية وكذا ما يتعلق أيضا بجملة من الظروف التي يعملون فيها , ومنها مثلا ما يرتبط بجانب السلوكيات والمعاملات من قبل بعض الناس وصعوبة التعامل مع ذهنيات مختلفة .هي في الأساس نتاج نظام مجتمعي ما زال تسيطر عليه بعض القيم والمعتقدات الخاطئة , في ظل البناء

التقليدي الذي ما زال يتميز به . ومن ذلك الإشارة إلى معاملة الصيدلي في بعض الأحيان وكأنه بائع في متجر للخضر والفواكه .(ومن مظاهر ذلك التفاوض على السعر) إلا أن ذلك قد يعكس غلاء الأدوية التي لا تتناسب مع القدرة الشرائية للمواطن, إلا أن بعض الصيادلة فسروا ذلك بتدني المكانة الاجتماعية للصيدلي في المجتمع . وهي في الحقيقة نظرة نابعة أساسا من اختلاط المفاهيم وغياب ثقافة مجتمعية محددة لنسق الدور والمكانة لكل فرد في المجتمع .

قد يكون ذلك راجع إلى تدعيم قيم على حساب أخرى في المجتمع الذي يفتقد في الأساس إلى التساند الوظيفي والعمل في إطار اللاعمل والفوضى . وهذا ما لاحظناه ولمسناه من خلال مثال بسيط يتعلق بتضارب التصريحات بين مسئولي بعض المؤسسات الصحية المبحوثين وكذا الأطباء والصيادلة بخصوص النقائص في مجال الصحة . ففي حين يرجع الصيادلة النقائص مثلا إلى جملة الثغرات في جانب الموارد البشرية (أطباء .شبه طبي...) وكذا الإمكانات المادية (مخابر.أشعة.وغيرها) نجد المسئولين يطرحون النقائص فقط على مستوى الإمكانات البشرية وما يتعلق بنقص في تعداد الأطباء وهو طبعا أمر خارج عن نطاقهم كما قال الكثير منهم , إلا أن ذلك لا

يعني حسب الفئات الأخرى من المبحوثين اقتصار مشاكل الصحة خاصة على مستوى

مدينة "تبسة" في هذا النقص . وإنما يرجعونه أيضا إلى سوء التسيير والفوضى وقلة التحكم في الموارد المتوفرة والمتاحة في ظل غياب ونقص التنظيم.

		توفر الحي على مرافق صحية		المجموع
		نعم	لا	
الحي السكني	شعبي	30	25	55
	وسط المدينة	3	0	3
	حضري	18	4	22
المجموع		51	29	80

جدول رقم 14: يوضح الأحياء المتوفرة على مرافق صحية

إن وصف أو تحديد الحالة أو الوضع الصحي في مجتمع ما , يرتبط بالعديد من الأبعاد والمتغيرات وكذا المؤشرات . حيث يعتبر توفر المرفق الصحي أو المؤسسات التي تقدم خدمات صحية لأفراد المجتمع من المؤشرات الدالة على التغطية الصحية في مجال جغرافي محدد .

إلا أن ذلك لا يعني الوصول إلى درجات معينة من التغطية الصحية المناسبة والتي ترتبط بعدة محددات , فالبر غم من أن الكثير من أحياء مدينة "تبسة" تتوفر على مرافق صحية على اختلاف توزيعها بين أحياء سواء كانت شعبية أو حضرية مع وجود فارق في تركزها أكثر في الأحياء الحضرية , وما لذلك من دلالة قد تعكس مثلا عدم وجود معايير واضحة في توزيع مثل هذه المرافق الحيوية .إلا أن المواطن يشتكي هنا من نوعية الخدمات المقدمة على مستوى مثل هذه المؤسسات الصحية , ولا يرتبط ذلك بصورة مطلقة بوجود أو عدم وجود المرفق الصحي .

هذا قد يعني انه بالرغم من إقرار أغلبية المبحوثين بتوفر أحيائهم على مرافق صحية سواء كانت جواريه أو استشفائية .إلا أن ذلك وحده لا يكفي للقول بتوفر الخدمات الصحية اللازمة .

خاصة أن وجود أو عدم وجود الهياكل من هذا النوع ليس له دلالة واضحة على نوعية أو طبيعة الخدمات المقدمة على مستواها , وان كان عدم وجود مثل هذه المرافق أو المؤسسات الصحية يطرح تساؤلات خاصة حول المعايير المعتمدة في توزيع مثل هذه المرافق الحيوية؟

مع ملاحظة بسيطة وهي أن أغلبية المبحوثين لا يعرفون أو ليست لهم دراية كافية بالخدمات التي يمكن أن تقدمها لهم مختلف مؤسسات الصحة خاصة العمومية منها ؟ أي أنهم لا يعرفون في أي الحالات يمكن لهم التوجه خلالها لهذه المؤسسات أو لمؤسسة معينة , وقد يعود ذلك كما قلنا سابقا إلى تقليص الدور الإعلامي وكذا التنسيق

بين مختلف المؤسسات المجتمعية من جهة وبين الهيئات المعنية بالصحة في المجتمع من جهة أخرى!.

إن محاولة التطرق إلى وصف الوضع الصحي والتعرض في ذلك إلى النقائص الموجودة على مستوى الصحة في مجتمعنا ومدينة "تبسة" على الخصوص باعتبارها ميدان الدراسة . جاء من اجل تسليط الضوء ولو قليلا على هذا المجال الحيوي بالنسبة لأي مجتمع يسعى إلى النهوض والبناء .

حيث تعتبر الصحة في ذلك أحد أهم ركائزه فلا يمكننا الانطلاق بمركبة التنمية وتحريكها إلى الأمام والصحة لدينا تشكو وهي تئن وتبدو محمومة ومريضة لذلك فان التنبيه لمثل هذه النقاط يعتبر ضروريا , خاصة وأننا دخلنا في ألفية ثالثة يربط فيها المجتمع الدولي التطور والرقي بالمجتمعات من خلال التركيز على الأهداف المتعلقة

خاصة ببعد الصحة والتنمية البشرية . والوصول لتحقيق هذه الأهداف في مجال الصحة لا يكون إلا من خلال ضرورة إعادة النظر إلى الصحة في ارتباطها بكل الأبعاد المتصلة بالمجتمع في شقها الاجتماعي والثقافي والاقتصادي والحيوي .أي النظر إلى الصحة على أنها بنية اجتماعية تتفاعل مع مختلف الأبنية المكونة للمجتمع , ولا تسير لوحدها بمعزل عن كل هذه المتغيرات والأبعاد التي يفترض فيها أنها تعمل بصفة متداخلة ومتساندة وظيفيا .

إن فهمنا لهذه المعادلة يعني تخطينا لكل المعوقات والاختلالات البنيوية والوظيفية من خلال وضعنا لسياسة واضحة يحكمها هدف محددة وتعمل في سياق منظم.

الخاتمة :

لا يزال حقل الصحة في البلدان النامية على خلاف البلدان المتقدمة يشكل مجالا غامضا لاسيما في بعده السوسيولوجي , حيث تركز هذه البلدان على المستوى الاقتصادي وتحتفظ بنظرة تبسيطية لواقعها الاجتماعي . و لا تراعي تداخل مستويات الحياة الاجتماعية المختلفة , مما يجعل برامجها التنموية يغلب عليها الطابع النظري على العملي بالنسبة للأهداف ومتطلبات الواقع النوعي , فالجانب الصحي ليس بمعزل عن مجال التنمية الشاملة بمختلف مستوياتها الاقتصادية والسياسية والاجتماعية والثقافية وغيرها من الأبعاد المكونة للمجتمع .

إن إبراز الموقع الذي تحتله الصحة عل خريطة التنمية تمثل أهمية كبيرة , بما يرتبط بإبراز موقع الإنسان ضمن النشاط المجتمعي , على اعتبار أن الصحة تمثل بناءا أساسيا في المجتمع , لان تحسين المستوى الصحي للأفراد والاهتمام بهم ينعكس على مسارات التنمية في المجتمع . فالصحة إذن لا تنعزل عن سائر عناصر التنمية , نظرا للعلاقة الوثيقة والتفاعل الديناميكي بين صحة الإنسان صانع التنمية وبين التنمية كهدف , ومن الواضح أن العلاقة بين الصحة والتنمية يزداد توثيقا , حيث تؤكد الارتباط بين القرارات والمخططات التنموية من جهة وبين نواحي الحياة الاجتماعية من جهة أخرى , وكلاهما يؤثر بدوره على تحديد مستويات الصحة في المجتمع لان الصحة تمثل صورة من صور الحياة الاجتماعية تؤثر فيها وتتأثر بها .

إن الحديث عن الصحة في مجتمعنا بصفة عامة , قادنا وسيقودنا بالضرورة لفتح المجال أمام العديد من التساؤلات التي ستبقى مطروحة . نظرا لعدة اعتبارات أهمها ما يتعلق بالدراسات التي تطرقت لمجال الصحة في الجزائر ومحاولة ربطها بالبناء الاجتماعي والتي تعتبر قليلة , بما لا ينفصل عن غياب نظرية سوسيولوجية منسجمة

عن المجتمع الجزائري في الوقت الحاضر. واثر ذلك على المنظومة المجتمعية ككل فالواقع الذي نعيشه ونلاحظ معالمه ونلمس حقائقه المتداخلة والمعقدة في كثير من جوانبه , نجده يتكلم عن صحة كثيرا ما توصف بأنها مريضة خاصة في مجتمعنا .هذا نظرا لعدة معطيات قد أشير لها سابقا بما لا يدع المجال للشك بان الصحة في مجتمعنا ما زالت في طور التكوين نظرا لغياب سياسة صحية محددة وواضحة الأهداف , وبالتالي أصبح تأخر الصحة أو ضعف مستواها في مجتمعنا بما لا يتماشى وتطلعات أفراده احد أهم المعوقات لحركية التنمية في الجزائر , على اعتبار أن الصحة تمثل احد أهم عناصرها , فبالرغم من التحسن المسجل عبر صيرورة تاريخية كاملة فيما تعلق بالعمل مثلا على توفير الهياكل الصحية وتكوين الإطارات الطبية وغيرها من الإجراءات المتخذة في هذا الإطار . إلا أن وضع الصحة في مجتمعنا لم يصل بعد إلى المستوى المطلوب , نظرا للتركيز على كمية التغيير وليس نوعيته .

حيث نجد اليوم أن التنمية في مجتمعنا مرتبطة أكثر بمؤشرات اقتصادية مرهونة بالريع بعيدا عن الاقتصاد المنتج الذي يحتاج في تحريكه إلى ثروة غير زائلة , ألا وهي الإنسان ونحن لم نتفطن بعد لذلك , وبالتالي بقيت كل البرامج التنموية مغيبة لدور العامل البشري في تحقيق التقدم والتطور المرتبط أصلا بعالم الأفكار.

إن ما يتعلق في ذلك بمجال الصحة ورفع شعار الصحة للجميع في إطار تحقيق أهداف الألفية لا يكون إلا في سياق اجتماعي معين , ويتطلب ذلك تهيئة القاعدة أولا والمرتكزة أساسا على الإنسان كعنصر فاعل في التنمية على اعتباره صانع الثروة بفكره . فكيف لنا أن نتحدث عن أهمية الفرد ودوره في البناء ونحن نلاحظ تدهورا لمنظومة القيم والمعايير وتردي لشبكة العلاقات الاجتماعية وقيامها على جملة من المنطلقات اللاعقلانية . وبالتالي تغييب لقيمة الإنسان كانسان , فليس لنا إذن أن نتكلم

عن حقه في التعليم أو الصحة ومجتمعنا مازال يتميز نوعا ما ببنيته التقليدية.

إن هذا يتطلب منا العمل أكثر على فهم واقعنا بكل معطياته وفي ذلك طبيعة المجتمع في تركيبته وخصوصياته ومكامن النقص فيه , التي قد تؤدي إلى خلل وظيفي من شانه إعاقة مسيرة تطوره . هذا ما قد يمكننا من معرفة آلية التغير الايجابي والتي تتماشى وطبيعة البناء الاجتماعي , وهذا لا ينفصل بالطبع على ما يتصل بالصحة باعتبارها نسقا من الأنساق المكونة للمجتمع تؤثر فيه وتتأثر به على جميع مستوياته فمحاولتنا للإصلاح في أي مجال ومنها الصحة لا يجب أن تركز على معالجة الأعراض بل البحث عن السبب الرئيسي والعوامل الأساسية التي ركبت هذا الوضع المعاش وجعلته واقعا ملموسا يعيشه كل أفراد المجتمع بمختلف اتجاهاتهم وتطلعاتهم.

قائمة المراجع

1- مراجع باللغة العربية

ا- كتب

1- إبراهيم محمد عباس : **الانثربولوجية مداخل وتطبيقات** , دار المعرفة الجامعية : الإسكندرية .

2- أبو زنط ماجدة ،عثمان محمد غنيم : **التنمية المستديمة (فلسفتها وأساليب تخطيطها وأدوات قياسها)** ، دار الصفاء : الأردن، 2006.

3- الأسعد مصطفى محمد : **التنمية ورسالة الجامعة فى الألفية الثالثة** , المؤسسة الجامعية للدراسات , 2000.

4- البكري أمل : **الصحة والسلامة العامة** , دار الفكر للطباعة والنشر : الأردن ط.3, 2002.

5- السيد طارق : علم اجتماع التنمية , **مؤسسة شباب الجامعة** : الإسكندرية 2007.

6- الشاعر عبد المجيد وآخرون : **علم الاجتماع الطبي** , دار اليازوردي : عمان /الأردن , ط.1 , 2000.

7- القصيبي جورج : **التنمية البشرية (مراجعة نقدية للمفهوم والمضمون)** مركز دراسات الوحدة العربية : بيروت , 1995 .

8- المكاوي علي: **علم الاجتماع الطبي (مدخل نظري)**, تقديم: محمد الجوهري, دار المعرفة الجامعية: الإسكندرية , 1990.

9- خروف حميد : **سياسة التنمية فى الجزائر (رؤية سوسيولوجية)** , دار الهدى : الجزائر ,2002.

10- رشوان حسن عبد الحميد : **دور المتغيرات الاجتماعية فى الطب والأمراض** المكتب الجامعي الحديث : الإسكندرية , ط.3 ,1999.

11- سلامة محمد , خبازي محمد : **ادوار الأخصائى الاجتماعى فى المجال الطبى** , المكتب الجامعي الحديث : الإسكندرية , 2003 .

12- صالح عبد المحي حسن : **الصحة بين البعدين الاجتماعي والثقافي** , دار المعرفة الجامعية : الإسكندرية , 2003.

13- صبري عبد الله إسماعيل: **التنمية البشرية المفهوم والقياس والدلالة** الجمعية العربية للبحوث الاقتصادية : بيروت ,1994 .

14- عبد الهادي المليجي إبراهيم, عثمان الصديقي سلوى: **الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى** , دار المعرفة الجامعية : الإسكندرية , 2004.

15- عطوي عبد الله : **السكان والتنمية البشرية** , دار النهضة العربية :بيروت ط.1، 2004.

16- عطية عبد القادر: **اتجاهات حديثة فى التنمية** , الدار الجامعية : الإسكندرية 2003.

17- عمار حامد :**التنمية البشرية فى الوطن العربى (المفاهيم والمؤشرات والأوضاع),** دار ابن سينا للنشر : مصر , 1993.

18- عمر سعد الله :**مدخل فى القانون الدولى لحقوق الإنسان** ، الجزائر : ديوان المطبوعات الجامعية ،2000 .

19- قطيشات تالا وآخرين : **مبادئ في الصحة والسلامة العامة** , دار المسيرة للنشر والتوزيع : عمان /الأردن , 2002.

20- محمد الحسن إحسان: **موسوعة علم الاجتماع** , الدار العربية للموسوعات بيروت , ط.1 , 1999.

21- محمد رشاد عبد الناصر: **التعليم والتنمية الشاملة** – دراسة في النموذج الكوري – تقديم : عبود عبد الغني , دار الفكر العربي : القاهرة , 1997.

22- محمد نادية , السيد عمر:**علم الاجتماع الطبى (المفهوم والمجالات)** , دار المعرفة الجامعية : الإسكندرية ,2003.

23- مزاهره أيمن, الصفدي عصام حمدي وآخرون : **علم اجتماع الصحة** , دار اليازوردي : الأردن , ط.1, 2003.

24- موشيست ف.دوجلاس : **مبادئ التنمية المستدامة** , ترجمة : بهاء شاهين ط.1, القاهرة ,2000.

25- هني احمد : **اقتصاد الجزائر المستقلة**, ديوان المطبوعات الجامعية :الجزائر . 1999

ب- مجلات ودوريات

26- دبلة عبد العالي , إبراهيم بلعادي : **سوسيولوجيا الصحة** , مجلة دورية تصدر عن قسم علم الاجتماع , جامعة منتوري : قسنطينة /الجزائر , العدد 5 جانفي2004 .

27- زكري رمزي : **المشكلة السكانية وخرافة المالتوسية الجديدة** , سلسلة عالم المعرفة , العدد 84 ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب :الكويت .

28- عبد المعطي عبد الباسط: **مفهوم التعليم متعدد القنوات** – مجلة المنتدى- وحدة البحوث السكانية بجامعة الدول العربية , العدد 4 , 2002 .

29- عمار حامد : **مواجهة العولمة في التعليم والثقافة** , مجلة المنتدى , وحدة البحوث السكانية بجامعة الدول العربية , العدد 5 ,2002.

30- محمد عدنان وديع : **مؤشرات التنمية** , منشورات المعهد الوطني للتخطيط الكويت , 2002 .

ج- رسائل و أطروحات

31- بلمختار محمد رضا : **نسق العلاج وعقلانية الفاعلين ضمنه (دراسة حالة مصلحة طبية متخصصة بالمركب الاستشفائي الجامعي – سعد حساني – بني مسوس ومستوصفان ملحقان بها)** , رسالة ماجستير غير منشورة, إشراف الأستاذة : كلودين شولي , جامعة الجزائر , معهد علم الاجتماع , 1990-1991.

32- بوشدوب محمد فايز : **التنمية المستدامة في ضوء القانون الدولي** , رسالة ماجستير غير منشورة , جامعة الجزائر , 2002.

33- بومدين سليمان : **التصورات الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض في الجزائر (دراسة حالة مدينة سكيكدة)** , دكتوراه دولة في علم النفس العيادي كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية , جامعة سكيكدة , 2003-2004 .

د- تقارير وملتقيات

34- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي : **تقرير التنمية البشرية 1993**, بيروت مركز الدراسات العربية .

35- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي : **تقرير التنمية البشرية 1994**, بيروت مركز الدراسات العربية.

36- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي : **تقرير التنمية البشرية (توظيف التقنية لخدمة التنمية البشرية)**,ط.1, نيويورك , 2001.

37- الصندوق العربي للإنماء الاقتصادي والاجتماعي: **تقرير التنمية الإنسانية العربية**: عمان /الأردن , 2002.

38- الصندوق العربي للإنماء الاقتصادي والاجتماعي: **تقرير التنمية الإنسانية العربية**: عمان /الأردن , 2004.

39- المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي :**النتائج العامة للتقرير الوطني حول التنمية البشرية** , الجزائر , 2008 .

40- البنك الدولي للنشاء والتعمير : **التنمية الصحية (إستراتيجية البنك الدولي لتحقيق نتائج في مجال الصحة والتغذية والسكان)** , نيويورك , 2008.

41- عبد العالي دبلة : **سوسيولوجيا الصحة (الصحة من خلال إسهامات علم الاجتماع)** , المؤتمر الدولي الثاني للعلوم الاجتماعية والصحية ودورها في التنمية الاجتماعية , جامعة الكويت , 6-8 افريل 2003 .

42- نقابة أطباء حلب **: قياس الصحة** , الملتقى الدولي حول التنمية البشرية وكيفية قياس الصحة , جامعة دمشق , 19-20-2008 .

ه- مواقع انترنيت

43- www.elbiladonline.net

44- www.al-fadjr. com.

45- www.echoroukonline.com.

46-www.oujdacity.net/national-article.

2- مراجع باللغة الأجنبية

47- Ahmed Arona : **sante et environnement** , Enterprise national du livre(E.N.A.L) : Alger , 1985.

48- Dameche M.N, Frihaa : **Système sanitaire en Algérie entre réalités et perspective** , A.N.E.P , Alger,2004 .

49- Guyot Jean Claude : **quelle médecine pour quelle société ?** , Entreprise national du livre (E.N.A.L) : Alger , 1985 .

50- Nadji Safir : **Essais d’analyse sociologique (culture et développement)** , T.1,O.P.E , Alger , 1985.

51- PIERRE MICHEL ,BILLE STEPHANE : **recueil francophone des textes internationaux en droit de l'environnement** BRUXELLES ,1998 .

52- United Nations : UNDP (United nations développement programme) , human développement report, 1991 .

53- PNUD : **rapport sur le développement humain**, base de données pays OMS , 2006 .

54- guide économique et social : **LES ambitions de la sante publique en Algérie** , A.N.E.P ,Alger,1987.

55- Djamila Kourta : **politique nationale de sante en Algérie** , forum de Tamanrasset , 6-6-2010 .

56- L'écologiste : **le développement refaire le monde** , numéro spécial , N°6,hiver 2001.

57- Slimane Abdelkrim : **lois de sante publique en Algérie et en France,** la revu sante publique , 2004.

58-Mohammed Uthman Abd al Malek **: Sudanese journal of Public Health** ,oct. 2007, VOL 2 , P. 232.

قائمة المراجع

1- مراجع باللغة العربية

ا- كتب

1- إبراهيم محمد عباس : **الانثربولوجية مداخل وتطبيقات** , دار المعرفة الجامعية : الإسكندرية .

2- أبو زنط ماجدة ،عثمان محمد غنيم : **التنمية المستديمة (فلسفتها وأساليب تخطيطها وأدوات قياسها)** ، دار الصفاء : الأردن، 2006.

3- الأسعد مصطفى محمد : **التنمية ورسالة الجامعة فى الألفية الثالثة** , المؤسسة الجامعية للدراسات , 2000.

4- البكري أمل : **الصحة والسلامة العامة** , دار الفكر للطباعة والنشر : الأردن ط.3, 2002.

5- السيد طارق : علم اجتماع التنمية , **مؤسسة شباب الجامعة** : الإسكندرية 2007.

6- الشاعر عبد المجيد وآخرون : **علم الاجتماع الطبي** , دار اليازوردي : عمان /الأردن , ط.1 , 2000.

7- القصيبي جورج : **التنمية البشرية (مراجعة نقدية للمفهوم والمضمون)** مركز دراسات الوحدة العربية : بيروت , 1995 .

8- المكاوي علي: **علم الاجتماع الطبي (مدخل نظري)**, تقديم: محمد الجوهري, دار المعرفة الجامعية: الإسكندرية , 1990.

9- خروف حميد : **سياسة التنمية فى الجزائر (رؤية سوسيولوجية)** , دار الهدى : الجزائر ,2002.

10- رشوان حسن عبد الحميد : **دور المتغيرات الاجتماعية فى الطب والأمراض** المكتب الجامعي الحديث : الإسكندرية , ط.3 ,1999.

11- سلامة محمد , خبازي محمد : **ادوار الأخصائى الاجتماعى فى المجال الطبى** , المكتب الجامعي الحديث : الإسكندرية , 2003 .

12- صالح عبد المحي حسن : **الصحة بين البعدين الاجتماعي والثقافي** , دار المعرفة الجامعية : الإسكندرية , 2003.

13- صبري عبد الله إسماعيل: **التنمية البشرية المفهوم والقياس والدلالة** الجمعية العربية للبحوث الاقتصادية : بيروت ,1994 .

14- عبد الهادي المليجي إبراهيم, عثمان الصديقي سلوى: **الخدمة الاجتماعية في المجال الطبى** , دار المعرفة الجامعية : الإسكندرية , 2004.

15- عطوي عبد الله : **السكان والتنمية البشرية** , دار النهضة العربية :بيروت ط.1، 2004.

16- عطية عبد القادر: **اتجاهات حديثة فى التنمية** , الدار الجامعية : الإسكندرية 2003.

17- عمار حامد :**التنمية البشرية فى الوطن العربى (المفاهيم والمؤشرات والأوضاع),** دار ابن سينا للنشر : مصر , 1993.

18- عمر سعد الله :**مدخل فى القانون الدولى لحقوق الإنسان** ، الجزائر : ديوان المطبوعات الجامعية ،2000 .

19- قطيشات تالا وآخرين : **مبادئ في الصحة والسلامة العامة** , دار المسيرة للنشر والتوزيع : عمان /الأردن , 2002.

20- محمد الحسن إحسان: **موسوعة علم الاجتماع** , الدار العربية للموسوعات بيروت , ط.1 , 1999.

21- محمد رشاد عبد الناصر: **التعليم والتنمية الشاملة** – دراسة في النموذج الكوري – تقديم : عبود عبد الغني , دار الفكر العربي : القاهرة , 1997.

22- محمد نادية , السيد عمر:**علم الاجتماع الطبى (المفهوم والمجالات)** , دار المعرفة الجامعية : الإسكندرية ,2003.

23- مزاهره أيمن, الصفدي عصام حمدي وآخرون : **علم اجتماع الصحة** , دار اليازوردي : الأردن , ط.1, 2003.

24- موشيست ف.دوجلاس : **مبادئ التنمية المستدامة** , ترجمة : بهاء شاهين ط.1, القاهرة ,2000.

25- هني احمد : **اقتصاد الجزائر المستقلة**, ديوان المطبوعات الجامعية :الجزائر . 1999

ب- مجلات ودوريات

26- دبلة عبد العالي , إبراهيم بلعادي : **سوسيولوجيا الصحة** , مجلة دورية تصدر عن قسم علم الاجتماع , جامعة منتوري : قسنطينة /الجزائر , العدد 5 جانفي2004 .

27- زكري رمزي : **المشكلة السكانية وخرافة المالتوسية الجديدة** , سلسلة عالم المعرفة , العدد 84 ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب :الكويت .

28- عبد المعطي عبد الباسط: **مفهوم التعليم متعدد القنوات** – مجلة المنتدى- وحدة البحوث السكانية بجامعة الدول العربية , العدد 4 , 2002 .

29- عمار حامد : **مواجهة العولمة في التعليم والثقافة** , مجلة المنتدى , وحدة البحوث السكانية بجامعة الدول العربية , العدد 5 ,2002.

30- محمد عدنان وديع : **مؤشرات التنمية** , منشورات المعهد الوطني للتخطيط الكويت , 2002 .

ج- رسائل و أطروحات

31- بلمختار محمد رضا : **نسق العلاج وعقلانية الفاعلين ضمنه (دراسة حالة مصلحة طبية متخصصة بالمركب الاستشفائي الجامعي – سعد حساني – بني مسوس ومستوصفان ملحقان بها)** , رسالة ماجستير غير منشورة, إشراف الأستاذة : كلودين شولي , جامعة الجزائر , معهد علم الاجتماع , 1990-1991.

32- بوشدوب محمد فايز : **التنمية المستدامة في ضوء القانون الدولي** , رسالة ماجستير غير منشورة , جامعة الجزائر , 2002.

33- بومدين سليمان : **التصورات الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض في الجزائر (دراسة حالة مدينة سكيكدة)** , دكتوراه دولة في علم النفس العيادي كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية , جامعة سكيكدة , 2003-2004 .

د- تقارير وملتقيات

34- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي : **تقرير التنمية البشرية 1993**, بيروت مركز الدراسات العربية .

35- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي : **تقرير التنمية البشرية 1994**, بيروت مركز الدراسات العربية.

36- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي : **تقرير التنمية البشرية (توظيف التقنية لخدمة التنمية البشرية),**ط.1, نيويورك , 2001.

37- الصندوق العربي للإنماء الاقتصادي والاجتماعي: **تقرير التنمية الإنسانية العربية**: عمان /الأردن , 2002.

38- الصندوق العربي للإنماء الاقتصادي والاجتماعي: **تقرير التنمية الإنسانية العربية**: عمان /الأردن , 2004.

39- المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي :**النتائج العامة للتقرير الوطني حول التنمية البشرية** , الجزائر , 2008 .

40- البنك الدولي للنشاء والتعمير : **التنمية الصحية (إستراتيجية البنك الدولي لتحقيق نتائج في مجال الصحة والتغذية والسكان)** , نيويورك , 2008.

41- عبد العالي دبلة : **سوسيولوجيا الصحة (الصحة من خلال إسهامات علم الاجتماع)** , المؤتمر الدولي الثاني للعلوم الاجتماعية والصحية ودورها في التنمية الاجتماعية , جامعة الكويت , 6-8 افريل 2003 .

42- نقابة أطباء حلب **: قياس الصحة** , الملتقى الدولي حول التنمية البشرية وكيفية قياس الصحة , جامعة دمشق , 19-20-2008 .

ه- مواقع انترنيت

43- www.elbiladonline.net

44- www.al-fadjr. com.

45- www.echoroukonline.com.

46-www.oujdacity.net/national-article.

2- مراجع باللغة الأجنبية

47- Ahmed Arona : **sante et environnement** , Enterprise national du livre(E.N.A.L) : Alger , 1985.

48- Dameche M.N, Frihaa : **Système sanitaire en Algérie entre réalités et perspective** , A.N.E.P , Alger,2004 .

49- Guyot Jean Claude : **quelle médecine pour quelle société ?** , Entreprise national du livre (E.N.A.L) : Alger , 1985 .

50- Nadji Safir : **Essais d’analyse sociologique (culture et développement)** , T.1,O.P.E , Alger , 1985.

51- PIERRE MICHEL ,BILLE STEPHANE : **recueil francophone des textes internationaux en droit de l'environnement** BRUXELLES ,1998 .

52- United Nations : UNDP (United nations développement programme) , human développement report, 1991 .

53- PNUD : **rapport sur le développement humain**, base de données pays OMS , 2006 .

54- guide économique et social : **LES ambitions de la sante publique en Algérie** , A.N.E.P ,Alger,1987.

55- Djamila Kourta : **politique nationale de sante en Algérie** , forum de Tamanrasset , 6-6-2010 .

56- L'écologiste : **le développement refaire le monde** , numéro spécial , N°6,hiver 2001.

57- Slimane Abdelkrim : **lois de sante publique en Algérie et en France,** la revu sante publique , 2004.

58-Mohammed Uthman Abd al Malek **: Sudanese journal of Public Health** ,oct. 2007, VOL 2 , P. 232.

ملحق رقم : 03

دليل مقابلة لمدراء مختلف المؤسسات الصحية

1- نوع المؤسسة الصحية :...

2- مكان تواجد المؤسسة :...

3- ما هي الخدمات التي تقدمونها على مستوى مؤسستكم الصحية ؟ .

4- كفاية الإمكانات (المادية ،البشرية ،المالية ...) التي تتوفر عليها مؤسستكم لتغطية ما يطلبه الأفراد من خدمات صحية ؟ .

5- فكرتكم حول الأمراض المنتشرة في مدينة" تبسة" ؟ .

6- ماذا تقولون عن تغطية الإمكانات المتوفرة لاحتياجات المواطنين في ذلك ؟ .

7- ماذا تقولون عن الوعي الصحي في مدينة" تبسة" ؟ .

8-بصفة عامة كيف تقيمون الوضع الصحي في مدينة "تبسة "؟ .

9- حسب رأيكم ما هي الشروط اللازم توفرها لتحسين مستوى الصحة في مدينة "تبسة" ؟ .